

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUE
DU PROFESSEUR GOUGEROT

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

441

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe DECOURT

Né le 15 février 1902 à Métry-Mory (Seine-et-Marne)

Interne des Hôpitaux de Paris

ORIGINE DE QUELQUES CAS DE LÈPRE
OBSERVÉS A PARIS

NOTE SUR LA PSYCHOLOGIE DU LÉPREUX

Président : M. GOUGEROT, Professeur

CAHORS

IMPRIMERIE A. COUESLANT

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUE
DU PROFESSEUR GOUGEROT

ANNÉE 1932
—

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe DECOURT

Né le 15 février 1902 à Métry-Mory (Seine-et-Marne)
Interne des Hôpitaux de Paris

ORIGINE DE QUELQUES CAS DE LÈPRE
OBSERVÉS A PARIS

NOTE SUR LA PSYCHOLOGIE DU LÉPREUX

Président : M. GOUGEROT, Professeur

CAHORS

IMPRIMERIE A. COUESLANT

===== 1932 =====

LE DOYEN : V. BALTHAZARD.

I. Professeurs :

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie	N.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicales.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicales	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET Maurice.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANCON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE H.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchement	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	FAURE J.-L.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL PIERRE.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	BERNARD LÉON.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N..... Physiologie.
 AUBERTIN.... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.). Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 CADENAT.... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA.... Pathologie médicale.
 CHABROL.... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT.... Pathologie médicale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FEY..... Urologie.
 GARNIER..... Pathologie expérimentale.
 GASTINEL.... Bactériologie.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HARVIER.... Pathologie médicale.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN... Anatomie pathologique.
 HUTINEL.... Pathologie médicale.
 JOANNON.... Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE. (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MILLOT..... Histologie.
 MONDOR.... Pathologie chirurgicale.
 MOREAU.... Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 OBERLING... Anatomie pathologique.
 OLIVIER.... Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUÉNU..... Pathologie chirurgicale.
 RICHTER..... Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉZARY..... Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL.. Obstétrique.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VERNE..... Histologie.
 VIGNES..... Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET.. Pharmacologie.
 GUENIOT.. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX... Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.. Parasitologie.
 RETTERER..... Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
ABRAMI..... Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
CHIRAY..... Clinique médicale.	MATHIEU..... Clinique chirurgicale.
DEBRÉ..... Clinique médicale.	MOCQUOT..... Clinique chirurgicale.
DUVOIR..... Clinique médicale.	PROUST..... Clinique chirurgicale.
FIESSINGER... Clinique médicale.	SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique méd.	LE LORIER.... Clinique chirurgicale.
BASSET..... Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL... Clinique obstétricale.
CHEVASSU.... Clinique chirurgicale.	METZGER..... Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDOUX-LEBARD.....	
WEILL-HALLÉ.....	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent étre considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE,
LE DOCTEUR FERDINAND DECOURT
(1818-1901).

A MON PÈRE,
LE DOCTEUR FERNAND DECOURT,
Ancien président de l'Union des Syndicats Médicaux de France,
Secrétaire général de l'Association Professionnelle Internationale
des Médecins.

A MON FRÈRE,
LE DOCTEUR JACQUES DECOURT,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT,

Professeur de Clinique dermato-syphiligraphique,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Qu'il veuille trouver ici l'hommage de ma
respectueuse reconnaissance pour la bien-
veillance qu'il n'a cessé de nous témoigner
et pour l'honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR ETIENNE BURNET,

Directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis,
Secrétaire général de la Commission de la Lèpre à la Société des Nations,

*qui a bien voulu s'intéresser à cette étude
sur « le Monde des Lépreux » et nous aider
de ses conseils.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Stage :

M. LE PROFESSEUR SERGENT.
M. LE PROFESSEUR HARTMAN.
M. LE DOCTEUR OKINCZYC.
M. LE DOCTEUR JEAN HALLE.
M. LE DOCTEUR DUFOUR.

Externat : .

1923. { M. LE DOCTEUR S. ISRAEL DE JONG (*in memoriam*).
 { M. LE PROFESSEUR LEGUEU.
1924. M. LE PROFESSEUR HARVIER.
1925. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ANDRÉ LERI (*in memoriam*).
1926. { M. LE DOCTEUR AVIRAGNET.
 { M. LE PROFESSEUR LEGUEU.

Internat :

1929. { M. LE DOCTEUR CROUZON.
 { M. LE DOCTEUR JEAN HALLE.
1930. M. LE PROFESSEUR NOËL FIESSINGER.
1931. M. LE DOCTEUR PAGNIEZ.
1932. { M. LE PROFESSEUR GOUGEROT.
 { M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PASTEUR VALLERY-RADOT.

A M. LE PROFESSEUR TANON.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CODVELLE (du Val-de-Grâce).
MM. LES DOCTEURS L. DE GENNES, TZANCK, ET. BERNARD,
CATHALA, AMELINE, M. BARIETY, ANDRÉ LEMAIRE,
DA YRAS, PLICHET.

A LA MÉMOIRE DE PAUL CHATINIERES (Taroudant).

AUX DOCTEURS CRISTIANI (Fez) ET CH. BOUVERET (Mogador),

*qui furent pour moi des maîtres et des
exemples.*

A M. LE MÉDECIN-GÉNÉRAL VISBECQ.

M. LE DOCTEUR COLOMBANI.

M. LE DOCTEUR GAUD.

A MM. LES DOCTEURS DIOT (de Marrakech), M. LANGLAIS,
BENHAMOU (d'Alger), MONTEL (de Saïgon), STEPHANO-
POULO, HENRY GALLOT, JACQUES DAVIOUD (de Tananarive),
IMBERT.

A MES CAMARADES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE :

LES DOCTEURS CAMBESSEDES, CLERC, NAVARRE, NEVEU,

ET A TOUS MES CAMARADES COLONIAUX.

A MES AMIS,

ORIGINE DE QUELQUES CAS DE LÈPRE OBSERVÉS A PARIS

Note sur la psychologie du lépreux

On estime généralement que la lèpre est devenue une maladie presque exclusivement exotique, dont l'étude n'a d'autre but que la prophylaxie et la thérapeutique dans les pays tropicaux ou subtropicaux. Il n'en est malheureusement rien. Certes, la France est débarrassée partiellement de ce fléau, qui épouvantait les populations du Moyen Age (il existe de petits foyers de lèpre autochtone en Bretagne, en Auvergne et surtout sur la Côte-d'Azur et en Corse), mais pourtant, au cours de ces dernières années, si la lèpre, sous l'influence de mesures énergiques, a diminué de fréquence en Norvège, partout ailleurs elle ne semble pas disparaître, mais au contraire étendre sournoisement ses ravages. Le D^r Et. Burnet, parcourant le monde entier, l'a rencontrée partout (1).

L'Amérique du Sud, qui était vraisemblablement indemne avant l'arrivée des Européens, est un foyer très actif comprenant : 25.000 lépreux en Colombie, et 50.000 au Brésil. Les Indes avec 1.000.000, la Chine avec un nombre plus considérable de lépreux sont des centres redoutables qui essaient à travers la Malaisie, l'Indo-Chine et le Pacifique.

Or, Paris est la capitale d'un Empire qui comprend une partie des territoires infestés par la maladie. C'est en même temps un pôle intellectuel, qui attire par son prestige scientifique ceux

(1) Nous tenons à remercier ici tout particulièrement M. le Docteur Burnet pour l'accueil qu'il nous a réservé. Nous avons d'ailleurs largement utilisé dans ce travail les enseignements que nous avons tirés de sa parole et de ses écrits.

qui ne veulent pas avoir perdu tout espoir de guérir, si bien qu'il ne faut pas s'étonner d'y voir des malades atteints d'affections inconnues ou rares sous notre climat.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de connaître l'origine des cas de lèpre qu'on y observe et d'étudier les raisons d'ordre psychologique ou social qui amenèrent ces malades à Paris. Chemin faisant, nous avons cru utile de noter les premiers symptômes de la maladie, ceux qui inquiétèrent les malades. Enfin, nous avons essayé de comprendre la psychologie de ces hommes qui se sentent malgré tout, suivant l'expression de la Bible, « hors du camp ».

*
**

A la fin du Moyen Age, les grands voyages de découverte apportèrent la lèpre dans de nombreux pays exotiques, indiennes jusque-là. Mais, comme le fait remarquer le D^r Burnet, l'Europe est maintenant en passe de recevoir un reflux de la maladie qu'elle a essaimée autrefois :

« Les Conquistadores espagnols ont porté la lèpre dans l'Amérique du Sud (premier cas en Colombie : 1543). Le roi d'Espagne, Philippe IV, fonde la première léproserie dans le Nouveau Monde, à Carthagène, qui était un centre de commerce d'esclaves. On voit la lèpre apparaître au XVIII^e siècle dans plusieurs pays tropicaux : à Suriname (1728), Bahia (1755), La Louisiane (1758) ; elle vient de l'Afrique noire par la traite. A Cuba, elle est introduite par une famille espagnole. En Afrique du Nord, où elle est signalée aussi au XVIII^e siècle, il est difficile de dire si elle est venue des noirs du Continent ou des blancs d'Europe. Dans l'Amérique du Nord, premier cas en Floride. Au XIX^e siècle, elle apparaît au Vénézuéla (1825), au Canada (1860). En Louisiane, entrée dès le XVIII^e siècle avec la traite, elle pénètre de nouveau au XIX^e (1866) avec des cas originaires d'Europe ; dans la Caroline du Sud, avec une famille allemande ; dans le Minnnesota avec des émigrés scandinaves.

« Dans la Malaisie et la Polynésie, la lèpre a été apportée par les Chinois.

« Pour illustrer le reflux de la lèpre des pays tropicaux sur l'Europe, il suffit de citer les cas étudiés en Suisse par JADASOHN : les trois quarts de ces lépreux avaient été colons en Argentine et au Brésil, ou soldats au service de la Hollande, dans les Indes Néerlandaises. »

Le domaine colonial de la France compte au moins 100.000 lépreux. De plus en plus, des Français partent aux colonies, séjournent dans des pays où la lèpre est endémique, puis reviennent terminer leur vie en France, tandis qu'un nombre toujours plus important d'indigènes arrive travailler dans la métropole et même y faire souche (1). En outre, beaucoup d'étrangers viennent en France et, parmi eux, un certain nombre apportent la lèpre de leur pays d'origine.

Comme nous le verrons, beaucoup de ces lépreux étrangers sont venus en France *parce qu'ils* avaient la lèpre ; pour fuir un pays où la maladie est active et pour bénéficier des traitements modernes dans un pays qui possède un grand renom scientifique. D'ailleurs, fait curieux, venus pour se soigner, beaucoup abandonnent très vite leur traitement ; après avoir suivi quelque temps une consultation, s'être fait hospitaliser parfois de longs mois, ils demandent à sortir, travaillent et se perdent dans Paris.

La France est aujourd'hui un des pays d'Europe qui abrite le plus de lépreux.



Aussi curieux que cela puisse paraître, nous n'avons aucun document permettant de fixer le nombre des lépreux à Paris. *Officiellement*, il n'y en a pas à l'hôpital Saint-Louis, qui en réunit pourtant une quinzaine. On peut cependant, par divers recoupements, estimer qu'il en existe environ trois cents à Paris. Sur ce nombre, une vingtaine sont hospitalisés. Les autres circulent, travaillent, sont dans les usines ou les ateliers, vont au restaurant, passent d'hôtels en hôtels. Quelques-uns se traitent régulièrement. La plupart ne sont suivis que de loin en loin. La trace de beaucoup d'autres est perdue.

M. le professeur JEANSELME attirait déjà l'attention sur ce point avant la guerre : « Les lépreux étrangers qui convergent à Paris appartiennent à toutes les classes sociales.

« Suivons la piste d'un de ces lépreux de classe aisée, depuis le moment où il débarque dans un port français. Que va-t-il faire ?

« D'abord, il gagnera la capitale ou quelque'autre grand centre dans l'espoir d'y obtenir la guérison. Il se logera dans un

(1) L'Afrique du Nord, à elle seule, fournit 50.000 indigènes au département de la Seine.

hôtel ou une maison meublée, prendra des domestiques à son service, circulera par la ville en employant tous les moyens publics de transport. L'été venu, il ira dans une ville d'eau ou une station balnéaire. Bref, sous le couvert de son incognito, il se mêlera, sans aucune entrave, à la population saine, semant partout sur son passage des germes infectieux.

« Parmi ces lépreux qui vivent à Paris ou en province, il y a aussi des pauvres gens. J'ai connu un israélite de Constantinople, qui parcourait les routes de France pour vendre sa pacotille. Tout récemment, M. COURMON a décrit l'odyssée d'un chemineau lépreux, atteint de rhinite lépreuse. M. NATTAN-LARRIER a signalé le fait d'un mendiant lépreux, qui exhibait ses mutilations au cœur de la capitale.

« Parmi les 61 cas que je possède, je trouve trois collégiens élevés dans de grands établissements scolaires, des instituteurs et institutrices, un valet de chambre, une bonne d'enfant... Ce dernier cas mérite d'être rapporté en détails.

« Il s'agit d'une femme de 34 ans, originaire de Latakiah (Syrie). Depuis l'âge de 17 ans, elle est sujette à des poussées de macules érythémateuses accompagnées de rhinite. Il est donc certain qu'elle émet, par la voie nasale, des bacilles de Hansen.

« En 1900, à l'âge de 22 ans, elle part pour la France et débarque à Marseille. De là, elle se rend à Paris où elle est soignée par M. BROCO, à l'hôpital Broca, pendant 14 mois.

« Son état s'améliore et elle se place comme bonne d'enfant dans une famille bourgeoise, où elle élève un premier enfant pendant cinq ans. Une recrudescence de la lèpre oblige la malade à séjourner deux années (1905-1906) dans le service de M. BALZER, à l'hôpital Saint-Louis.

« La poussée terminée, cette femme rentre chez ses anciens maîtres, où on lui confie un nouveau-né qu'elle élève jusqu'à l'âge de deux ans. » Elle entra définitivement à l'hôpital à ce moment.

Il n'est pas indifférent de voir tant de lépreux errer sans contrôle dans Paris. La lèpre, il est vrai, se montre peu contagieuse en France. Il est classique de donner en exemple l'hôpital Saint-Louis, où l'on n'a jamais signalé de contagion alors que les lépreux sont laissés en salle commune avec les autres malades.

Mais, cette contagion, rien ne permet d'affirmer qu'elle ne se produira pas car, fait impressionnant, il existe des cas, rares

mais indubitables, de lèpre transmise en France par d'anciens coloniaux malades à des parents n'ayant jamais quitté la France.

*
**

Il est donc nécessaire d'organiser une prophylaxie sérieuse de la lèpre.

Cette prophylaxie ne peut exister et n'a de chances d'être effective que si elle est *humaine*, car nous ne pouvons pas, malgré notre droit strict, emprisonner des hommes dont le seul crime est d'être malade. Cette conception médiévale, venue de la Bible, doit disparaître.

Ce serait une erreur que de croire la déclaration obligatoire et la ségrégation forcée nécessaire. De telles mesures utiles dans un pays à population peu dense comme la Norvège, seraient inopérantes à Paris, où les races se mêlent, où il est facile de se cacher.

Il est évident que toute mesure ayant un caractère obligatoire et policier irait à l'encontre du but poursuivi, en dispersant ceux que l'on veut justement connaître et si possible grouper.

Comme le déclarait très justement JAMES, représentant de l'Angleterre à la III^e Conférence de la Lèpre : « Contraindre les personnes aisées, à même de prendre des précautions chez elles, à déclarer leur maladie, serait donner à cette dernière une publicité qui n'offre aucun avantage au point de vue de la santé publique et peut exposer ces personnes à des souffrances et des ennuis inutiles de la part de gens ignorants. »

Loin de contraindre et d'effrayer, il faut attirer et donner confiance.

« Soignons les malades, déclarait le professeur MARCHOUX à la même conférence, visitons-les, répandons chez eux et dans leur entourage les règles d'une bonne hygiène, rendons-leur service, secourons-les, apportons-leur du bien-être et des consolations, nous arriverons mieux que par des lois draconiennes, qui les font fuir ou se cacher, à limiter le développement de cette odieuse affection. »

*
**

Mais nous ne devons pas envisager le seul point de vue social, nous devons aussi songer à la vie spirituelle de ces êtres, qui souffrent plus encore dans leur esprit que dans leur corps : pro-

blème plus important peut-être, plus délicat certainement que le précédent. Le lépreux est un malheureux qui est hors de l'humanité, même lorsqu'il vit parmi les autres hommes, car il sait qu'il risque à tout instant d'être mis à l'écart.

Traités en parias, mis à l'index par une population affolée quand ils sont reconnus, ils cachent leur maladie et plus encore leurs souffrances morales ; ils taisent leur inquiétude et leur tristesse.

Personne n'est là pour recevoir leurs confidences, pour *comprendre*.

Nous voyions récemment une lépreuse ; elle est mariée, son mari ignore tout de sa maladie, il croit à un eczéma. Les lésions cutanées sont d'ailleurs réduites au minimum, mais elle a un coryza chronique et le mucus nasal fourmille de bacilles de Hansen. La sœur aînée de la malade est lépreuse depuis longtemps ; elle est maintenant dans un état beaucoup plus grave et a dû entrer définitivement à l'hôpital.

Mais n'est-ce pas elle qui provoqua autrefois la contamination de sa sœur cadette ? Comment s'étonner alors si celle-ci craint à son tour de contaminer son mari ? Il veut avoir des enfants, elle s'y refuse par peur qu'ils ne soient malades eux aussi, plus tard.

Donner des conseils à cette malade, l'inciter à se traiter elle-même, à prendre certaines précautions d'hygiène, lui rendre la confiance, sinon la joie, telle est la tâche délicate mais réalisable du médecin.



Le problème, à l'heure actuelle, se pose ainsi : il y a dans Paris 300 lépreux ; vingt sont hospitalisés, les autres travaillent, mènent une vie sociale. Dans l'intérêt général, ils doivent être connus et soignés ; dans leur intérêt particulier, ils ont besoin de conseils et surtout de sympathie agissante.

Il est nécessaire de leur faire connaître et respecter les règles de l'hygiène. La quantité de bacilles transportés et éliminés par les malades est considérable ; les lépromes en fourmillent et il suffit de quelques minimes scarifications pour les découvrir par amas sur les lames. Le mucus nasal en contient de très grandes quantités, qui sont perpétuellement disséminées. Il est par conséquent indispensable de stériliser autant que possible les cavités nasales par des instillations répétées.

Pour obtenir ces résultats, il faut que le malade vienne voir le médecin, ensuite qu'il consente à suivre ses conseils. Ceci ne peut être obtenu que s'il a le désir d'être traité, de guérir ; il faut surtout qu'il ait confiance dans celui qui le soigne, qu'il se sente entouré par lui de sympathie.

Aussi ne pouvons-nous mieux conclure que par cette phrase du D^r J.-B. LOGRE, écrite à propos de la tuberculose, maladie proche de la lèpre à de nombreux points de vue :

« Ce problème de pathologie organique se ramène, en définitive, comme tant d'autres, à *un problème de psychologie.* »

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Les malades dont nous rapportons ici l'histoire sont tous venus consulter à l'hôpital Saint-Louis. Quelques-uns d'entre eux sont encore hospitalisés, d'autres, après un séjour plus ou moins long, sont sortis et vivent dans Paris en y gagnant ou non leur vie ; quelques-uns sont venus seulement à titre de consultant.

Le plus grand nombre de ces observations émane du service de notre maître, M. le Professeur GOUGEROT, mais nous devons remercier aussi MM. les Docteurs MILIAN, SÉZARY et LOUSTE qui, très aimablement, ont bien voulu nous communiquer leurs dossiers.

Nous ne rapportons ici que les faits intéressant directement ce travail : origine des malades, pays d'endémie lépreuse où ils ont séjourné et où ils se sont infectés, raisons pour lesquelles ils se trouvent à Paris, symptômes cliniques qui les amènent à consulter.

Nous avons, en particulier, essayé de préciser s'ils vinrent en France parce qu'ils avaient la lèpre ou si les hasards de la vie sociale, seuls, les amenèrent à Paris. Nous avons noté si le diagnostic avait été porté ou non avant la première consultation à Saint-Louis ; nous avons précisé autant que nous l'avons pu la durée de la période où la lèpre resta méconnue après l'apparition des premiers symptômes et nous avons tenté de savoir si les malades cherchèrent à se soigner immédiatement et activement ou s'ils restèrent, au contraire, un certain temps indifférents à leur maladie.

Bref, nous avons essayé de jeter les premières bases d'une enquête sur « la vie sociale et psychologique des lépreux à Paris », enquête que nous nous proposons de compléter ultérieurement. Nous ne nous dissimulons pas les imperfections nombreuses de ce travail ; il ne constitue qu'un coup de sonde, mais nous espérons, grâce à lui, pénétrer plus profondément dans ce « monde des lépreux » qui est ignoré malgré l'intérêt médical et social qu'il présente.

OBS. n° 1. — (P^r Gougerot) A... (1), marin, né à Brest en 1887, où il réside jusqu'à l'âge de 18 ans (1905). Jusqu'à ce moment, sa santé est excellente.

Il fait son service militaire à titre d'inscrit maritime, mais parti pour une campagne à Tahiti, il reste jusqu'en 1930 dans le Pacifique.

Rien de particulier dans les antécédents familiaux et collatéraux ; en dehors de lui, personne de sa famille n'a quitté la France.

A passé les deux premières années à Tahiti, à titre militaire, puis à titre civil ; il voyage alors en qualité de breveté électricien sur un aviso, à bord duquel il habite, à part de courts séjours à terre, et navigue à travers les îles (Iles d'Océanie, Nouvelles-Hébrides, Nouvelle-Calédonie, Australie).

En 1909, chancre mixte s'accompagnant de bubons douloureux des aines, qui suppurent et sont incisés ; injections de proto-iodure de mercure. Pas de roséole, pas d'accidents secondaires. Depuis, jusqu'en 1922, n'a jamais eu de traitement anti-syphilitique.

En 1910, rendu à la vie civile, il est engagé comme électricien par une compagnie océanienne, et réside jusqu'en août 1914 à l'île de Makatêa, située à 12 h. de mer de Tahiti. Dans cette île, quelques cas de lèpre sont de temps en temps constatés ; dès qu'ils sont reconnus, les malades sont dirigés sur la léproserie d'Orafara. A... est ensuite nommé instituteur du Cadre Civil d'Océanie (1914).

Jusqu'en 1921, il est bien portant ; en 1919, cependant, il a été pris brusquement de douleurs intenses siégeant dans les membres inférieurs et le membre supérieur droit. Ces douleurs disparaissent rapidement au bout d'une huitaine de jours.

En 1921, apparition d'une papule sur l'aile gauche du nez, papule qui s'ulcère sans douleur. Un Wassermann pratiqué est positif, on fait du novar, la plaie se cicatrise.

En février 1922, il présente une poussée pseudo-lymphangitique de toute la jambe et du pied gauche, avec température élevée pendant quelques jours. On trouve des filaires dans le sang. Des poussées semblables se reproduisent ensuite tous les mois, provoquant une tuméfaction éléphantiasique du membre.

En août 1922, le nez commence à couler, des taches blanches s'étalent sur les membres supérieurs et le thorax. On décèle le bacille de Hansen dans le mucus nasal. Un traitement au chaulmoogra est institué.

Le malade démissionne et reçoit une concession de terrain du gouvernement dans une petite île où vivent nombre de lépreux non isolés. Jusqu'en 1930, il y réside, seul Européen, souffre très peu, en dehors des poussées d'éléphantiasis de la jambe gauche. Puis s'installent des névralgies tantôt faciales, tantôt occipitales, tantôt intercostales. Douleurs fulgurantes au niveau des membres qui avaient déjà été le siège de douleurs semblables en 1919. L'état général est bon par ailleurs, mais les névralgies très pénibles engagent le malade à se faire rapatrier pour se faire soigner en France. Il espère en effet que sa maladie évoluera moins à Paris que dans les îles du Pacifique.

(1) Les initiales, par ordre alphabétique, ne correspondent pas aux noms des malades.

OBS. n° 2. — (P^r Gougerot). B..., étudiant en droit, né en 1911 à Fort-de-France, habite le Marin depuis l'âge de 6 mois jusqu'à sa treizième année. Il retourne alors dans sa ville natale pour y faire ses études, mais passe ses vacances dans sa famille, au Marin. A ce moment-là, il n'est pas en contact avec des hanséniens (il y a fort peu de lépreux au Marin, alors qu'il y en a beaucoup à Fort-de-France).

Dans les antécédents familiaux, on trouve un oncle maternel atteint de maladie de Hansen, mort à Paris en 1916, et un oncle paternel atteint du même mal, décédé en 1911 à la Martinique. B... n'a jamais été en rapport avec eux.

En octobre 1928, fréquente des amis parmi lesquels une jeune femme qu'il voit très souvent et qui aurait présenté de grandes taches sur le corps et le visage. B... ne prend aucune précaution d'hygiène particulière et ne suit aucun traitement.

Au début de novembre 1931, apparition des premiers signes de la lèpre, se traduisant par la naissance d'une tache à la face dorsale du poignet gauche, sans aucun phénomène sensitif. La tache est large, formant une couronne rouge cuivrée avec zone décolorée au centre. A l'occasion d'une blennorragie, le malade va consulter un médecin, mais la tache ne l'inquiétant pas, il ne songe guère à la faire remarquer.

Dans le courant de décembre, nouvelles taches à la face interne du coude, à la main droite et à la jambe gauche. Pas de fièvre, pas de troubles de l'état général.

En janvier, anesthésie au niveau de l'auriculaire gauche, qui se couvre d'une tache. L'insensibilité gagnant peu à peu toute la main, B... retourne chez son médecin, qui fait le diagnostic de lèpre. Il l'envoie immédiatement à Paris pour qu'il puisse être traité mieux qu'à la colonie.

OBS. n° 3. — (P^r Gougerot). C..., peintre en bâtiments, né dans le Piémont, en 1883, est venu à Paris à l'âge de 24 ans.

En 1910, part pour l'Amérique du Sud et travaille en pleine campagne, non loin de Buenos-Ayres, pendant un an.

En 1911, revient à Paris, où il est toujours resté depuis, à part quelques hivers passés en Italie. Pendant la guerre, il est mobilisé comme chasseur alpin (armée italienne) durant deux ans.

En 1917, apparition des premiers signes de lèpre sous forme de taches et de nodosités sous-cutanées avec anesthésie à leur niveau. En même temps, l'état général se modifie : abattement, faiblesse avec douleurs rhumatoïdes et musculaires. Ni troubles digestifs, ni céphalée. Prurit intense sur tout le corps, sueurs nocturnes, fourmillement dans les jambes. A cette époque, il n'a pas de fièvre, pas de coryza.

Dans le courant de l'été 1918, il est hospitalisé deux fois pendant quelques jours pour selles sanglantes. On ne trouve rien de particulier dans les antécédents héréditaires et collatéraux et le malade ne se souvient pas d'avoir connu de lépreux.

En 1921, croûtes dans le nez et ozène.

En 1923, très fatigué, décide de consulter à l'hôpital Saint-Louis, où le diagnostic de lèpre est posé ; il y reste jusqu'en avril 1927. A ce moment, il sort et reprend son métier de peintre en bâtiments à Paris. En avril 1932, ayant été heurté par une automobile, il est conduit à l'hôpital Beaujon, puis à Saint-Louis. Depuis son accident, présente des signes nets de dépression psychique à tendances mélancoliques. L'intellectualité est intacte, la mémoire, la logique également. Il indique d'ailleurs parfaitement lui-même les raisons de sa dépression : devenu presque aveugle, il ne peut plus travailler, il ne peut plus lire, toute activité lui est désormais interdite d'autant plus que les troubles de la sensibilité l'empêchent de suppléer la vue par le toucher. Il est triste quand il songe aux siens qu'il n'a pas revus depuis longtemps, son fils en particulier, qui habite l'Italie. Il voudrait travailler, mais ne pouvant le faire, il préfère vivre avec des lépreux. Il faut encore signaler que sa femme, devenue folle 10 ans après leur mariage, est dans un asile d'aliénés.

OBS. n° 4. — (P^r Gougerot). D..., électricien, né en 1896, en Nouvelle-Calédonie, de père venu à la colonie dès l'âge de 7 ans et de mère native du pays, mais de parents bretons. Toute la famille s'est fixée dans la contrée et ne l'a jamais quittée.

D... a vécu de 7 à 15 ans dans la brousse calédonienne, en contact assez fréquent avec les indigènes. Au collège de Nouméa, un de ses camarades avait le visage tuméfié et présentait de l'anesthésie cutanée des membres.

En 1911, épistaxis fréquentes sans coryza ni croûtes.

En 1912, première manifestation de la maladie sous forme d'une zone d'insensibilité au coude gauche, puis de taches blanches qui s'étendent sur le bras gauche et le talon droit. D... consulte un médecin (chargé de mission par l'Institut Pasteur), la biopsie pratiquée se révèle indolente, quoiqu'il n'y ait pas eu d'anesthésie préalable. Le diagnostic de lèpre est posé. Le malade s'embarque immédiatement pour la France.

Fin 1912, le malade entre à Pasteur ; il y reste 10 mois, puis reprend son travail d'électricien. L'affection progresse ; des taches violacées apparaissent au niveau des cuisses, des taches pigmentées sur le cou, des marbrures brunâtres dans le dos.

De 1914 à 1918, il reste dans le Nord durant l'occupation allemande et ne suit aucun traitement. En 1916, début de coryza, quelques saignements de nez, quelques croûtes ; les sourcils tombent, les taches se multiplient.

Vers la fin de 1917, la maladie continue à évoluer. Peu après l'armistice, D... revient à Paris ; de cette date à avril 1920, il fait des séjours intermittents à Pasteur, puis y entre pour y rester sans interruption jusqu'en juin 1924 ; divers accidents marquent cette période (fièvre, toux, apparition de nodules qui disparaissent progressivement). Le malade suit différents traitements, l'affection subit des périodes de sédation et de recrudescence et l'amène alors à consulter à Saint-Louis.

OBS. n° 5. — (D^r Milian). E..., de race noire, née à la Guadeloupe en 1899, sténographe. Les parents sont bien portants ; le grand-père maternel avait quelques tubercules, n'a jamais été traité et est mort à l'âge de 40 ans. Une sœur aînée, âgée de 31 ans, a contracté la lèpre en 1918, trois ans avant notre malade. Rien d'autre à signaler dans les antécédents familiaux et collatéraux.

A eu du paludisme de 1911 à 1919 et plusieurs accès de bilieuse hémoglobinurique.

En 1917, a pour la première fois une poussée de fièvre accompagnée d'œdème et de rougeur de la jambe persistant de 3 à 4 semaines. Depuis, des poussées semblables se sont produites environ tous les deux ans.

En 1921, remarque une tache rouge de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes, au niveau du maxillaire droit, tache qui brunit rapidement, s'étale, mais reste isolée.

En 1926, apparition de taches du même caractère sur la face et le cou ; aucun signe n'en accompagne l'évolution, sinon une perte de sensibilité à leur niveau. Cet état persiste pendant deux ans et demi environ ; à ce moment, la malade constate la présence de petites granulations, puis de tubercules qui naissent sur les taches et les recouvrent après une période variable.

La malade vient en France et vingt mois après, voyant son état s'aggraver, vient consulter à Saint-Louis.

OBS. n° 6. — (P^r Gougerot). F..., étudiant, est né à Haïti, en 1905. Sa famille a toujours habité la colonie, ses parents et ses sœurs sont bien portants. Rougeole dans l'enfance, pas d'antécédents bacillaires ; n'a pas remarqué de sujets contaminés dans son entourage.

En 1921, apparition d'une tache sur la pommette gauche, qui persiste pendant 4 mois. Traitement immédiat au chaulmoogra. Malgré cela, en 1922, des ulcérations se produisent à la face interne des jambes. En même temps, coryza avec croûtes, épistaxis.

De 1922 à 1924, le malade suit un traitement intensif (à Haïti) aux capsules de Chaulmoogra. Sédation apparente, tous les phénomènes ont disparu.

En 1924, vient en France et ne suit que très irrégulièrement son traitement pendant deux ans et demi.

En 1926 : nouvelle poussée se traduisant par des taches à la face et par des nodules sur le bras et le visage. Les ulcérations s'installent progressivement, pas de signes généraux bien marqués, le malade se sent pourtant fatigué. La recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal a été fortement positive. Le malade entre à l'hôpital au début de 1927.

OBS. n° 7. — (P^r Gougerot). — G..., née en 1888 à Santa-Fé (Argentine), de parents français. A deux sœurs et trois frères bien portants, les parents sont morts.

A vécu en Argentine jusqu'à l'âge de 7 ans, puis au Paraguay, jus-

qu'à 25 ans. Elle s'y est mariée à 20 ans avec un Français venant de séjourner au Sénégal et à Madagascar.

Cinq ans après son mariage, elle part au Sénégal avec son mari et leur fils, bébé de deux ans et demi ; tous trois restent à Dakar pendant un an, mais l'enfant ayant de la fièvre et présentant quelques taches érythémateuses à la face, ils vont se fixer au Maroc, de 1913 à 1919.

Le début de l'affection semble remonter à 1917. A cette époque, Mme G... aurait souffert de douleurs osseuses nocturnes dans les jambes et de coryza chronique.

En 1918, apparition de boutons sur la cloison nasale et la paupière gauche. Œdème et érythème des chevilles ; la peau du pied se fendille et suinte un peu. Un Wassermann fait à Casablanca aurait été positif et quelques piqûres d'arséno-benzol pratiquées à ce moment.

En 1919, l'enfant faisant une nouvelle poussée de fièvre avec éruption de la face, on entreprend des examens bactériologiques des squames et du mucus nasal ; ils sont négatifs. Mme G... fait alors remarquer qu'il lui arrive de se brûler sans ressentir aucune douleur. Le médecin consulté prélève un nodule chez l'enfant et découvre le bacille de Hansen. C'est à ce moment seulement que le diagnostic de la lèpre est fait et pour l'enfant et pour la mère.

Départ pour la Corse, où la malade séjourne 6 mois. Entre temps, apparition progressive de nodules sur tout le corps, mais prédominance au visage.

La malade part alors à Toulon, où son fils l'avait précédée.

En 1924, ils sont envoyés à Paris et entrent à l'hôpital Saint-Louis.

Obs. n° 8. — (P^r Gougerot). — H..., fils de la malade précédente, est né à Buenos-Ayres en 1909 ; il habite l'Amérique du Sud jusqu'à l'âge de 3 ans, tantôt à Buenos-Ayres, tantôt dans le Paraguay, puis à Dakar, où il reste un an (1912-1913). Va ensuite se fixer à Mazagan, où il reste jusqu'en 1919.

La maladie de Hansen a débuté vers la sixième année par une poussée de fièvre ayant duré une huitaine de jours ; à ce moment apparaissent quelques taches sur la cuisse droite. Peu de temps après cette première poussée, de nouvelles taches envahissent le tronc, les bras, les mains ; le visage est atteint avant le départ pour Mazagan. Il n'y a ni coryza, ni nodules, l'état général reste bon. On ne fait pas de diagnostic, et en dehors de la liqueur de Fowler, H... ne suit aucun traitement. Les poussées vont alors se répéter à raison de deux par an, printemps et été, pendant toute la durée du séjour au Maroc.

En 1919, vient à Toulon, où il est resté depuis.

De 1919 à 1923, aucune poussée fébrile, cependant, de nouvelles taches apparaissent.

En 1923, le malade s'aperçoit de la présence de nodules à la face et note l'insensibilité de ces lésions. En même temps, surviennent du coryza avec épistaxis, des suintements purulents et des croûtes. Il ne suit aucun traitement, bien que l'affection ait été reconnue en 1919, mais son état allant s'aggravant, H... se décide à consulter et entre à l'hôpital en 1924.

Obs. n° 9. — (P^r Gougerot). — I..., manoeuvre, né au Portugal, en 1906, vient à Paris en 1929.

En 1928, ressent les premières atteintes de la maladie sous forme d'un nodule gros comme une lentille au niveau de la joue droite. N'en étant nullement incommodé, I... ne voit pas de médecin, bien que la lésion s'étende rapidement.

En 1929, apparition de nodules aux cuisses et à l'avant-bras droit.

En 1930, poussée et dissémination de petits nodules aux membres et au visage. La sensibilité est conservée. Le médecin consulté à ce moment, frappé par le volume du nodule de la joue, l'ouvre ; l'ulcération ne se refermant pas, I... se décide à entrer à l'hôpital, où le bacille de Hansen est retrouvé dans le mucus nasal.

Obs. n° 10. — (P^r Gougerot). J..., missionnaire, né en Alsace, près de Saverne, en 1871, a séjourné au Sénégal de 1894 jusqu'en décembre 1928.

Le 30 juillet 1929, vient consulter pour des lésions cutanées multiples apparues deux à trois ans auparavant et localisées surtout au visage et au dos des mains. Il n'y a pas d'anesthésie notable. L'aspect étant très hansénien, le malade est admis à Saint-Louis.

Obs. n° 11. — (D^r Milian). K..., mécanicien, né à la Guadeloupe en 1901, remarque au début de février 1928 que la partie interne des jambes devient peu à peu insensible et que le visage se couvre de rougeurs. Quelques mois plus tard, cet état allant s'aggravant, K... s'embarque pour la France et, dès son arrivée à Paris, va consulter à Saint-Louis, où on fait le diagnostic de maladie de Hansen.

Obs. n° 12. — (D^r Milian). L..., marin dans la marine marchande, né en Belgique en 1889.

A commencé à naviguer en 1905, principalement en Amérique du Sud, où il fait souvent des transports de lépreux, aux Philippines, en Nouvelle-Calédonie.

Etant à Caracas, en 1922, L... est pris de paralysie dans les jambes et les bras, puis survient de la diplégie après une période de semi-coma d'une durée de huit jours environ. La motilité des membres supérieurs revient assez vite, mais les fonctions des membres inférieurs ne se rétablissent qu'au bout de six mois, encore persiste-t-il une certaine gêne dans la jambe gauche. Il part alors pour le Mexique, où on le traite par des injections de Néo-Salvarsan, qui apportent une amélioration notable. A ce moment, apparition d'excroissances planétaires indolores.

En 1925, rentre en France et semble se bien porter.

Vers la fin de 1926, se blesse légèrement au médius gauche ; ne ressentant aucune douleur, L... n'attache guère d'importance à la blessure. Il se forme au niveau de la petite phalange une croûte suivie d'ulcération, et un jour, il est stupéfait de retirer sa phalange sans

douleur aucune. Un médecin consulté envoie immédiatement notre malade à Laennec. Cet épisode semble être le premier qui l'ait inquiété. Des lésions cutanées apparaissant au front en larges placards rouges violacés et papuleux, le malade entre à l'hôpital Saint-Louis, où l'on fait le diagnostic de maladie de Hansen.

OBS. n° 13. — (D^r Milian). M..., né en 1888 au Maroc, où il a toujours vécu jusqu'en juillet 1914, époque où il est venu en France. N'a jamais été malade, à part une grippe en 1925. Les antécédents familiaux et collatéraux sont bons.

Les premiers symptômes de l'affection qui l'amène à l'hôpital se sont traduits trois mois auparavant par des douleurs rhumatoïdes siègeant surtout au niveau des avant-bras et particulièrement sur le bord cubital. Pas de thermoanalgésie ; hypoesthésie du trajet cubital, prédominant à gauche. L'état général est atteint (inappétences, diarrhée passagère, céphalalgie et vertiges, quelques accès fébriles, amaigrissement).

Quelque temps après, un soir après dîner, douleur brusque aux membres inférieurs, tellement aiguë que le moindre mouvement devient pénible, puis tout se calme, mais d'autres signes apparaissent bientôt : chute de la queue du sourcil, déformation du nez, lobulation des joues, des lèvres et du menton ; ni taches, ni pigmentation, mais petits tubercules à la face.

Trois mois auparavant, lors des premières douleurs rhumatoïdes, le malade a été consulté et on l'a traité par des cachets et des applications de salicylate de méthyle : se sentant de plus en plus fatigué, il se décide à venir à Saint-Louis, où on diagnostique la maladie de Hansen (janvier 1926).

OBS. n° 14. — (P^r Gougerot). N..., né à Cayenne en 1903, de parents natifs de la Guyane, n'a aucun membre de sa famille originaire de France. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

A souvent approché des lépreux et en compte un parmi ses amis d'enfance. Le début de l'affection remonte à l'époque où il fréquentait encore l'école. Vers l'âge de 11 ans, N... note l'apparition d'une tache sur la cuisse, aucun trouble fonctionnel ne l'a précédée. Pendant un ou deux ans, la tache s'étend de plus en plus et entre temps, il en naît une autre au bras. Deux ans après, la jambe et les bras sont atteints. Pas de coryza à cette époque.

A 15 ans, certaines parties des membres supérieurs et inférieurs restées indemnes jusque-là sont également touchées, le visage n'est pas respecté. Les taches sont blanches, achromiques, avec alternatives d'effacement, non douloureuses. Il n'y a pas de nodules.

Entre 16 et 20 ans, gonflement des lobules d'oreille, puis l'état reste stationnaire. Pas de poussées nettes, jamais de périodes fébriles. Le tronc, la poitrine, les fesses surtout deviennent progressivement le siège de nouvelles taches.

Entre 20 et 24 ans, même état, mêmes symptômes.

Ce n'est qu'en 1922 qu'un traitement est institué. Le malade se soigne régulièrement jusqu'en 1927.

Il ne fait plus aucun traitement depuis un an lorsqu'en 1928, un prurit intolérable l'amène à venir consulter en France ; pendant la traversée, une poussée se déclanche avec recrudescence des taches, et dès son débarquement, le malade part pour Paris. Il entre le 5 mai 1928 à l'hôpital Saint-Louis, où l'on fait le diagnostic de lèpre.

OBS. n° 15. — (P^r Gougerot). O..., né en 1875, seul de sa famille à avoir vécu aux colonies, est un forçat libéré ayant séjourné en Guyane pendant 10 ans (1904-1914). Avant son départ pour le pénitencier, O... n'avait jamais été malade. Durant sa peine, il a souffert de paludisme et de dysenterie. Il ignore s'il a été en contact avec des lépreux, peut-être y en avait-il parmi les codétenus.

En 1918, la maladie de Hansen se manifeste pour la première fois par l'apparition d'un mal perforant plantaire, sous forme d'un gros nodule qui s'ouvre et suppure. Traitement à Roubaix pendant trois mois ; le mal perforant ne guérit pas mais O... reprend ses occupations. En 1919, il contracte la blennorrhagie.

En 1920, apparition des premiers signes cutanés (taches sur le tronc et les cuisses, nodules à la face). Le bacille de Hansen est décelé dans le mucus nasal, le malade entre à Saint-Louis.

OBS. n° 16. — (P^r Gougerot, malade du D^r Paul Blum). P..., ménagère, née en 1882 à Valta près d'Odessa, de parents bien portants, a séjourné dans son pays natal jusqu'à l'âge de 8 ans. Elle se marie à 17 ans et a six enfants, tous en excellente santé.

De 1912 à 1919, séjourne à Sébastopol.

De 1919 à 1922, à Constantinople.

De 1922 jusqu'au début de 1925, voyage en Argentine et se fixe à Buenos-Ayres. Son mari la quitte dès l'arrivée et aux dires de Mme P..., il serait actuellement à Paris en traitement dans un hôpital pour une affection cutanée. Dans les antécédents personnels, rien à signaler à part un lumbago et une albuminurie légère en 1910.

En 1925, la malade vient à Paris qu'elle n'a pas quitté depuis.

Le début de la lèpre remonterait à 1928 et se serait manifesté par un cortège de phénomènes douloureux à la jambe droite, puis par l'apparition de nodosités allant s'agrandissant et non douloureuses.

En novembre 1929, la malade consulte le D^r Blum qui fait le diagnostic de lèpre et la fait entrer à l'hôpital.

OBS. n° 17. — (D^r Louste). Q..., né en 1907 de mère bien portante et de père atteint de lèpre ; celui-ci a séjourné pendant 9 ans aux colonies (notamment en Indo-Chine) et n'est tombé malade qu'après son retour en France. Il est important de noter que l'enfant n'a jamais quitté la France, et n'a donc pu être contaminé que par son père.

En 1919, l'affection débute par une grande tache à la fesse droite. On n'institue alors aucun traitement.

En 1920, apparition de taches arrondies, disséminées sur tout le corps. La palpation au niveau de ces taches révèle la présence de nodules infiltrant le derme.

En janvier 1921, l'enfant suit un traitement à l'huile de chaulmoogra. Les résultats étant nuls, de nouvelles taches et de nouveaux nodules apparaissant, le jeune malade vient à l'hôpital Saint-Louis.

Obs. n° 18. — (P^r Gougerot). R..., militaire, né en 1873.

Part aux colonies à l'âge de 18 ans. Réside à la Guyane pendant 3 ans. Avant de débarquer à Cayenne, il est mis en quarantaine pendant six semaines.

En 1895, part pour l'Indo-Chine où il reste presque sans interruption (Tonkin et Cochinchine) ; il ne revient en France que pour des périodes de quatre, cinq mois, une seule fois, 10 mois (en 1902), puis ne quitte plus l'Indo-Chine, jusqu'en 1905.

De 1900 à 1901, à Langseu, habite à proximité d'un camp de lépreux, mais sans avoir de contacts directs avec eux. Il ne remarque aucun malade parmi les indigènes et les soldats.

En 1902, hépatite de nature indéterminée.

En 1905, rentre en France où il travaille comme inspecteur dans un magasin de nouveautés. Se marie au cours de la même année.

En 1909, réformé pour paludisme.

En 1911, première manifestation de la maladie actuelle sous forme de coryza et d'anesthésie de l'annulaire et auriculaire droits. Plus tard, douleurs lombaires, orchite avec fièvre et douleurs violentes (pas de fistule).

En 1914, apparition de petits nodules au niveau du front et au cou ainsi que de taches rouge brique ou marron, disséminées un peu partout mais prédominant sur le dos. Le malade consulte alors à l'hôpital Saint-Louis où l'on diagnostique la lèpre.

Obs. n° 19. — (P^r Gougerot). S..., né au Brésil en 1898. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux. A contracté la maladie de Hansen au Brésil, à São-Paulo. Le début en a été marqué par de gros nodules à la face postérieure du coude, aux avant-bras, au visage, au nez. Après avoir été traité pendant trois mois à Milan et neuf mois à Londres, le malade vient consulter à l'hôpital Saint-Louis en septembre 1930.

Obs. n° 20. — (P^r Gougerot). T..., marinier, né en 1910, à la Guadeloupe, qu'il a quittée en 1925 pour venir à Marseille ; de race noire, descend d'une famille bien portante. Il n'a jamais été en contact direct avec des lépreux mais en voyait accidentellement.

Le début de l'affection remonte à fin mai 1929. Lors de son séjour à Marseille, T... remarque un jour des taches dépigmentées sur le corps en même temps qu'une augmentation de volume de l'annulaire gauche s'accompagnant de douleurs. On le soigne pendant 6 mois à l'Hôtel-Dieu de Marseille, puis il vient à Paris et entre à l'hôpital fin novembre 1929 pour des névralgies du bord interne des avant-bras.

OBS. n° 21. — (P^r Gougerot). U..., né en 1898, à la Basse-Terre et y a toujours vécu jusqu'à son arrivée à Paris.

Les antécédents familiaux et collatéraux sont bons. Dans les antécédents personnels, on retrouve une blennorrhagie et des crises de tachycardie. Il faut signaler que lors de son service militaire, U... a été en contact avec des soldats nègres dont plusieurs ont été isolés plus tard parce qu'ils étaient porteurs de taches blanches et de tubercules.

En août 1929, il remarque l'apparition de papulo-tubercules au niveau des coudes et des genoux. L'éruption diminue pour reprendre ensuite et s'étendre ; elle semble évoluer par poussées.

Le malade part pour la France et 8 jours après, soit vers la fin d'octobre 1929, il entre à l'hôpital où l'on fait le diagnostic de lèpre.

OBS. n° 22. — (P^r Gougerot). V..., fondeur, né en 1896 au Portugal, quitte son pays d'origine en 1923, pour venir habiter la France et s'est fixé à Longwy où il est tombé malade en mai 1926.

A toujours été bien portant, et ne connaît aucun malade parmi ses amis portugais ; personne autour de lui ne présentait de lésions cutanées, de paralysies, etc...

Parents, sœurs, femme et enfant jouissent d'une santé excellente, aucun membre de la famille n'a habité les colonies.

En 1925, V... remarque une légère tuméfaction à la queue du sourcil droit. A l'hôpital de Longwy où il consulte, on lui fait une série de novarséno-benzol, mais les lésions se développent progressivement à la face d'abord, au front (1925) puis sur tout le corps au cours de l'année suivante. A ce moment, le malade commence à souffrir de coryza chronique. Les lésions apparaissent les unes après les autres, par poussées nettes. Ni fièvre, ni douleurs. Etat général parfaitement conservé.

En 1928, le malade est admis à l'hôpital Saint-Louis, après être resté deux mois à Nancy où on l'a traité par du Novar. Le bacille de Hansen est décelé dans le mucus nasal et le diagnostic clinique confirmé.

OBS. n° 23. — (D^r Sézary). W..., né en 1856, prospecteur, a séjourné presque sans interruption pendant 28 ans dans le Sud-Algérien et au Maroc, en contact presque constant avec les indigènes.

En 1911, il est bien portant.

En 1918, aurait eu pendant trois semaines des troubles paralytiques du côté droit, ayant débuté brusquement (paralysie des membres supérieurs et du membre inférieur avec douleurs vives).

En 1919, apparition des premiers éléments éruptifs sur la jambe, que l'on prend pour de l'eczéma et qui disparaissent au bout de quatre mois.

En 1923, taches et petites tumeurs sous-cutanées au niveau des pieds, des membres inférieurs et des mains. A ce moment, W... ne souffre ni de névralgies ni d'accès nerveux. Les taches envahissant peu à peu tout le corps puis la face, le malade entre à Saint-Louis, où on fait le diagnostic de maladie de Hansen.

OBS. n° 24. — (D^r Sézary). X..., domestique, née en 1884, est originaire de la Martinique, où elle a séjourné jusqu'en 1925 ; à cette époque, elle vient à Paris et entre à l'hôpital de la Salpêtrière parce qu'elle présente au sein droit une petite tumeur douloureuse au moment des règles ; on l'extirpe.

Le début de la lèpre remonte au moment de son hospitalisation ; on remarque l'apparition de taches blanches localisées d'abord aux mains, puis gagnant les membres supérieurs, la face, les membres inférieurs avec anesthésie progressive. La malade est envoyée à Saint-Louis, où on a fait le diagnostic de lèpre.

OBS. n° 25. — (D^r Sézary). Y..., née en Crète en 1906, y a séjourné jusqu'en 1923, époque à laquelle elle vient en France.

Le début de la maladie a été marqué par l'apparition d'une plaque douloureuse siégeant sur le voile du palais. Quelque temps après, lésions cutanées au niveau des jambes, de l'abdomen et du thorax, s'étendant ensuite à la face. Ce sont tous ces signes qui ont amené la malade à venir consulter en France. On fait le diagnostic de maladie de Hansen.

OBS. n° 26. — (D^r Sézary). Z..., née à la Guyane en 1907.

A l'âge de 15 ans, étant dans son pays natal, elle remarque des plaques arrondies, grandes comme une pièce de un franc au niveau des cuisses (taches à bords pigmentés). Puis les avant-bras et la joue sont envahis, la bordure pigmentée s'infiltré peu à peu et a tendance à s'ulcérer.

En octobre 1927, la malade vient en France, car les placards pigmentés et infiltrés des membres et de la face se multiplient. Elle entre à Saint-Louis où on fait le diagnostic de lèpre.

OBS. n° 27. — (D^r Louste). Aa..., né en 1889, a fait un assez long séjour aux mines d'Héraclée.

Etant mobilisé, sur le front au début de novembre 1918, il est évacué pour gaz ; en examinant la muqueuse nasale, on décèle du bacille de Hansen. — A ce moment, aucun signe apparent, sauf de l'insensibilité au mollet.

En juillet 1919, est envoyé à Bordeaux. Bien qu'il n'y ait toujours pas de signes cliniques, on institue un traitement dans lequel entre du chaulmoogra et on fait une biopsie au niveau du mollet, là où il y avait des troubles de la sensibilité ; cette biopsie confirme le diagnostic.

Le malade revient alors à Paris, reprend du service et demande son affectation pour l'armée d'Orient (Constantinople). Avant son départ, il va consulter Jeanselme qui confirme à nouveau le diagnostic de lèpre.

En 1921, apparition de nodules à la face ; Aa... est de nouveau traité par le chaulmoogra.

En octobre 1923, taches et nodules s'étendant progressivement sur tout le corps. Le malade rentre en France et vient se faire soigner à l'hôpital Saint-Louis.

OBS. n° 28. — (1) Ba..., née à la Martinique en 1920.

A l'occasion d'une crise palustre en 1929, on constate l'existence d'une macule qui, depuis, n'a cessé de grandir au point d'envahir progressivement toute la région lombaire, en prenant peu à peu l'aspect d'un vitiligo. Le médecin croit à la syphilis et la traite en conséquence. Mais les résultats sont nuls et la mère, malgré l'avis du médecin, craint que sa fille ne soit atteinte de lèpre. Aussi se décide-t-elle à venir consulter à Paris : on constate que la muqueuse nasale de l'enfant, bien que saine macroscopiquement, élimine de nombreux bacilles de Hansen.

OBS. n° 29. — (P^r Gougerot). Ca..., née en 1912 à la Guadeloupe, de parents bien portants.

Le début de l'affection remonte à 1916. Alors qu'on avait percé l'oreille de l'enfant, un petit tubercule est apparu au lobule gauche. Ce lobule a grossi et a été opéré, le diagnostic de chéloïde ayant été porté.

Plus tard, des taches envahissent le menton, puis la cuisse. On fait alors le diagnostic de lèpre, et un traitement par le chaulmoogra est institué, mais l'enfant le supportant mal, on l'interrompt.

En 1922, nouvelles poussées, excroissances aux joues et aux oreilles. La petite malade vient consulter à Saint-Louis pour la première fois, à cette époque.

OBS. n° 30. — (P^r Gougerot). Da... est née à la Guadeloupe en 1877.

En 1926, elle remarque pour la première fois des taches au niveau des avant-bras. A ce moment, elle exerçait un commerce de quincaillerie et faisait du colportage à travers une partie de l'île pour vendre sa marchandise. Le diagnostic de lèpre ayant été porté, elle s'embarque pour la France afin d'y être soignée. Depuis, elle n'a plus quitté Paris, n'est pas hospitalisée, mais est traitée assez régulièrement.

(1) Malade dont l'observation a été publiée dans « les Archives de la Clinique de l'hôpital Saint-Louis » (1931, page 630) par MM. Gougerot, Jean Meyer et Carteaud.

ÉTUDE DES OBSERVATIONS

L'étude de ces observations permet de faire plusieurs constatations intéressantes :

A. — Tous les malades ont séjourné dans des contrées où la lèpre est endémique (29 cas) ou bien ont été en contact prolongé avec des lépreux (1 cas).

Sur les 29 cas, 19 appartiennent aux races originaires de ces pays ; un est Européen, mais né de mère lépreuse dans une contrée où la lèpre est contagieuse.

Par contre, chez 9 malades, on peut affirmer qu'il n'y avait pas d'hérédité lépreuse : 7 sont nés en Europe, dans des pays où la lèpre n'existe pas normalement (5 appartenant à diverses régions de la France. Un Italien du Piémont, un Belge) ; 2 sont nés en pays exotique, mais de parents français et nés en France, restés bien portants jusque-là.

Reste enfin le cas isolé, celui de la contagion, en France, d'un enfant dont le père séjourna 9 ans en Indochine et y contracta la lèpre (Obs. n° 17, appartenant au D^r LOUSTE). Ce cas s'ajoute à des observations analogues publiées en particulier par M. MILIAN. Pour rares qu'ils soient, ces faits indiquent que la lèpre peut être contagieuse en France et démontrent qu'une prophylaxie de la lèpre doit y être instituée comme dans les pays tropicaux.

B. — Les malades ont contracté la lèpre dans les cinq parties du monde.

Cinq cas viennent d'Europe : un de France (Obs. n° 17), deux du Portugal (Obs. n°s 9 et 22), deux de Grèce (Obs. n°s 25 et 27). Trois ont été importés d'Afrique (deux de l'Afrique du Nord, un du Sénégal), deux d'Océanie, un seul d'Asie. Enfin, c'est l'Amérique qui est à l'origine du plus grand nombre des lèpres observées à Paris : neuf viennent des Antilles, huit d'Amérique du Sud, une d'Amérique centrale : au total, 18 cas de lèpre d'origine américaine sur 30.

Il est intéressant de comparer ces résultats à la statistique faite avant la guerre par M. le Professeur JEANSELME.

En 1910, sur 61 cas de lèpre observés par lui à Paris, tant à l'hôpital qu'en clientèle privée, il trouve :

Brésil	9 fois.
Guyane française	8 —
République Argentine	2 —
Vénézuela	1 —
Etat de Costa-Rica	2 —
Guadeloupe	3 —
Cuba	2 —
Haïti	2 —
St-Domingue	1 —
La Réunion	2 —
Ile Maurice	1 —
Nouvelle-Calédonie	2 —
Indes néerlandaises	2 —
Indochine française	2 —
Indes anglaises	2 —
Birmanie	2 —
Jérusalem	1 —
Constantinople	1 —
Syrie	1 —
Algérie	1 —
Provinces baltiques	2 —
Italie	1 —
France } Bretagne	1 —
} Alpes-Maritimes	2 —
53 —	

En outre, 8 malades avaient séjourné dans plusieurs foyers d'endémie lépreuse.

Les pourcentages dans les deux statistiques sont les suivants :

Pays d'origine lépreuse	Statistique de M. le Professeur Jeanselme (malades observés avant 1910)	Statistique personnelle (malades observés depuis la guerre)
EUROPE	11 %	17 %
AFRIQUE	7,5 %	10 %
AMÉRIQUE	56,5 %	63 %
ASIE	21 %	3,5 %
OCÉANIE	4 %	6,5 %

La comparaison de ces pourcentages révèle immédiatement un fait remarquable : l'apport asiatique a considérablement diminué puisqu'il est tombé du cinquième au trentième des cas observés.

Par contre, les résultats sont identiques pour les quatre autres parties du monde. Pour ces régions, les pourcentages de notre statistique sont tous un peu plus élevés que les pourcentages correspondants de la statistique de M. le Professeur JEANSELME, étant donnée la diminution du nombre des lèpres asiatiques. Mais la proportion pour chacun de ces pays reste exactement la même (1).

C. — Sur les 30 malades dont nous rapportons l'observation, 20 ont la nationalité française, mais parmi eux 11 sont des indigènes dont 9 venus des Antilles et 2 de la Guyane. Il n'y a donc que 9 Français de race européenne, dont 6 seulement nés en France.

Restent 10 étrangers : 7 sont d'origine européenne (1 Italien, 1 Belge, 2 Portugais, 1 Russe, 2 Grecs) ; 2 sont Américains (1 Haïtien, 1 Brésilien) ; il y a un Africain (indigène marocain).

La plupart de ces malades sont venus à Paris *parce qu'ils avaient la lèpre*. 17 sur 30 (soit 57 0/0) ont pris le bateau pour se faire soigner en France. C'est le cas de trois étrangers et de dix indigènes des Antilles et de l'Amérique du Sud, qui ne seraient jamais venus en France s'ils n'avaient été malades ; c'est le cas également de trois Français partis sans idée de retour et d'un malade né de parents français émigrés depuis de longues années au Brésil.

Parmi les autres, 5 sont venus en France pour y chercher du travail ; 8 s'y trouvent par le fait des hasards de la vie sociale ou parce que, Européens ayant séjourné aux colonies, ils sont venus se retirer définitivement en Europe (2).

Il faut noter que beaucoup de malades sont venus à Paris alors qu'ils se savaient déjà atteints de lèpre (13 sur 30) et que parmi les autres, un assez grand nombre est venu consulter pour faire confirmer un diagnostic redouté (telle la malade n° 28).

C'est qu'en effet les troubles, au début, sont extrêmement réduits, les symptômes qui ont attiré l'attention étaient toujours très discrets. Chez 26 de nos malades, soit dans plus de 85 0/0

(1) Voir appendice, *note*.

(2) Voir en appendice, *note A*.

des cas, ce sont des lésions cutanées, banales en apparence, qui ont incité à consulter ; chez 4 seulement, des douleurs accompagnaient les lésions cutanées, un seul avait constaté que la partie interne de ses jambes devenait peu à peu insensible.

Des 4 autres malades, deux se plaignaient uniquement de coryza chronique, un consultait parce qu'il était fatigué ; le dernier enfin, s'étant blessé au doigt, avait vu se former progressivement une ulcération, puis avait été stupéfait de retirer sa phalangette sans aucune douleur.

Les enseignements qui découlent de ces constatations sont de divers ordres et loin d'être négligeables. Tout d'abord, on ne peut qu'être frappé par la fréquence de l'apport étranger ; un tiers des malades n'est pas français et la plupart sont venus en France avec la lèpre et le sachant. Dans ces conditions, ne devrait-on pas leur interdire l'entrée de notre territoire ? Nous savons combien cette question a déjà été discutée (à propos d'autres maladies) et combien de difficultés elle soulève : on peut cependant espérer qu'elle sera résolue prochainement, grâce aux efforts de la Société des Nations (1).

Mais en supposant qu'on n'interdise pas l'entrée en France aux lépreux étrangers, nous avons le droit de leur demander de se plier à une certaine discipline ; sinon, nous devrions être en droit de les rapatrier d'office.

Pour les Français qui, après avoir contracté la lèpre aux colonies ou à l'étranger, reviennent ici, *dans leur pays*, la question est différente ; la même rigueur ne peut être envisagée. Pour eux plus encore que pour les autres, la prophylaxie n'a de chances d'être efficace que si elle tient compte de la psychologie.

C'est elle qui nous permettra de remplir notre tâche : prévenir, consoler et guérir s'il se peut.

(1) Voir en appendice, *note B*.

NOTE

SUR LA PSYCHOLOGIE DU LÉPREUX

« Ce problème de pathologie organique se ramène en définitive, comme tant d'autres, à un problème de psychologie. »

Docteur LOGRE.

PSYCHOLOGIE DU LÉPREUX

Nous n'envisagerons dans ce travail que la psychologie des lépreux européens ou de ceux qui se sont assimilés la mentalité occidentale. Pour les autres, qu'ils soient cultivés ou incultes, noirs de l'Afrique centrale ou jaunes asiatiques, la lèpre est une maladie sans grande importance, qui n'éveille pas immédiatement en eux l'impression d'effroi mystique et de répulsion que l'Occident lui a toujours réservée. Pour les Arabes de l'Afrique du Nord, par exemple, la lèpre est héréditaire. Aussi ne prennent-ils généralement aucune précaution particulière et voit-on communément le lépreux plonger sa main mutilée dans la sauce du plat commun. Comment en serait-il autrement quand la contagion de la lèpre se montre si rare, les malades tellement dispersés et que la femme du lépreux continue à vivre avec lui, sans être atteinte elle-même. Mais quelques-uns prendraient-ils même certaines précautions, ils ne seraient pas en tout cas l'objet de cet ostracisme social qui frappe le lépreux de nos pays.

Or, c'est ce sentiment de défiance et d'effroi qu'il provoque, qui crée chez lui par réaction un état de tension psychologique particulier.

Certes, les lépreux occidentaux n'ont pas tous le même état psychique ; leur caractère, avant qu'ils ne se sachent malades, différerait, ainsi que leur situation sociale et leur instruction. La race, le sexe jouent aussi un rôle important ; de plus, la réaction psychologique ne peut être la même pour le vieillard qui devient lépreux ou pour l'homme qui, malade dès l'enfance, s'est toujours connu lépreux. Mais, quelles que soient les différences individuelles de leurs caractères, l'impression de fatalité qu'ils subissent en apprenant la nature de leur maladie, le vide qui semble se former autour d'eux à partir de ce moment, provoquent chez tous une répercussion psychologique profonde qu'il importe de connaître :

Un homme est sain, il mène une vie sociale normale avec ses

joies, ses illusions et ses déboires. Puis, quelques taches apparaissent sur la peau en même temps que les doigts perdent un peu de leur sensibilité ; petits troubles qui l'étonnent peut-être, mais ne le gênent pas. Et pourtant, le mot est prononcé devant lui, à son propos : *lépreux*.

Cette maladie qu'on lui a toujours appris à considérer comme mystérieuse et redoutable, voilà qu'il en est atteint lui-même ; peut-être s'étonne-t-il d'en être si peu incommodé, mais il sait que dorénavant il sera partiellement hors de l'humanité, qu'un fossé se creusera entre lui et les autres hommes, que sa vie sociale sera bouleversée.

Dès lors, le voici dans une autre atmosphère, il ne reconnaît plus la perspective de sa vie, il pénètre dans un nouveau « climat psychique » qui va imprégner jusqu'à ses pensées.

C'est ce « climat » que nous allons essayer de montrer.

On peut décrire une psychose avec ses débuts, ses aspects divers, son évolution. Un « climat » ne se décrit pas. On ne peut que le suggérer par des annotations successives, touches légères qui font transparaître à travers les faits de la vie l'ambiance particulière qui le constitue.



Le lépreux est taciturne.

Si on l'interroge, il répond volontiers par monosyllabes, juste à la question précise qui lui est posée sans chercher à enchaîner avec une autre idée, sans aller au delà. Le lépreux ne cherche pas à conduire une conversation ; et pourtant il n'élude pas les réponses, il ne demande qu'à rentrer par la conversation dans la communauté des hommes, mais ne veut faire paraître de son côté aucune tentative de rapprochement.

Le lépreux est taciturne. Mais surtout il parle bas. Pas d'éclats de voix, même s'il discute avec intensité.

Un jour, nous assistions à une dispute entre un lépreux et un non lépreux, camarades de salle commune. Le premier était nettement dans son tort, ayant, par plaisanterie, agi méchamment ; il écoutait les paroles mordantes de l'autre, sans répondre, comme si tout lui était devenu subitement étranger.

C'est que les différends des autres ne semblent plus intéresser le lépreux ; se sentant hors de leur commerce habituel, il évite à son tour le rapprochement, si bien que le fossé est creusé autant

par lui que par les non-lépreux. Souffrant dans son amour-propre, il reste réservé vis-à-vis de ceux même qui ignorent tout de sa maladie. Tel le lépreux de la cité d'Aoste, il vit dans une « tour » dont il ne consent guère à sortir.

Cette séparation cependant, il ne la veut pas absolument complète, car s'il ne tient pas à participer à la vie des autres, il est avide pourtant de la contempler. Grâce aux Chevaliers de Malte, un pavillon destiné aux lépreux est actuellement en construction à l'hôpital Saint-Louis. Dans ce pavillon, les malades savent qu'ils trouveront prochainement un confort bien supérieur à celui des salles communes ; la plupart, cependant, refusent à l'avance d'y être enfermés.

« Que m'importe, nous disait l'un d'eux, homme instruit et intelligent, que m'importe une chambre pour moi seul, la T. S. F., un salon de lecture, je suis valide : je veux vivre au grand air. Dans ce pavillon, qu'on mette les infirmes, les aveugles qui ne peuvent participer à aucune vie sociale. »

« Puis, ajoutait-il, je ne veux pas être dans un pavillon dont on s'écartera quand on saura que nous y sommes. »

Le lépreux veut faire partie de l'humanité au même titre que les autres hommes.

Un fait caractéristique à cet égard est à noter : le lépreux ne parle jamais de la lèpre. Il dit : « Je suis hansénien » ou « ma maladie » (1), car le terme éveille encore dans sa sonorité l'épouvante mystique du Moyen Age.

Lépreux, il est hors de l'humanité, paria entaché d'une faute indélébile.

Hansénien, il est un malade, semblable aux autres, qui a plus ou moins de chances de guérir, a droit à plus ou moins d'espoir, mais comme les autres humains et avec eux, il participe de la vie sociale, de ses tristesses et de ses joies, de ses espérances autant que de ses déceptions.

Un de nos malades pourtant, parle volontiers de sa lèpre ; mais, ancien bagnard, il ne prononce ce terme que pour effrayer les gens, par plaisir. Un jour, hors de l'hôpital, il rencontre un ancien camarade de salle qui ignore la nature de sa maladie ; avec quelques autres, ils vont au café, choquent les verres. Quand

(1) Le lépreux annamite, nous dit le Dr Montel, évite également de prononcer le terme de « binh don cui » qui signifie *lèpre* en annamite.

ils ont bu, notre malade se lève et dit : « Maintenant que nous avons trinqué, je peux vous dire que vous avez trinqué avec un lépreux. »

D'ailleurs, ce n'est pas dans le seul but d'épargner l'interlocuteur que les malades évitent de prononcer le terme de « lèpre » ; ils ne l'emploient pas plus avec le médecin qui les soigne.

On dit habituellement que le lépreux est un mélancolique (1). Ceci est vrai au sens littéraire du terme, mais ne l'est pas au sens médical psychiatrique.

Certes, le lépreux est souvent triste, mais à cause de la vie sociale anormale qu'il est obligé de mener. Rien de la concentration idéique pénible qui caractérise le mélancolique vrai. Le lépreux s'intéresse à ce qui l'entoure, il occupe autant son esprit que ses mains ; l'un construit des appareils de T. S. F., l'autre lit. Un malade a contracté la lèpre très jeune et a toujours pratiquement vécu hors de la vie sociale de son époque ; pourtant il s'intéresse aux problèmes politiques avec ardeur, avec passion même, tout en conservant cependant un sens délicat de l'ironie qu'il tient de sa situation « hors du temps ».

Le mélancolique présente un véritable ralentissement physique et psychique où les impressions reçues du monde extérieur, loin de distraire le malade, de favoriser son évasion et son activité, servent seulement à alimenter son délire triste : délire d'attente, immuable, qui occupe la vie psychique tout entière et la paralyse à son profit.

Même triste, le lépreux aime au contraire s'échapper du monde restreint dans lequel l'enferme sa maladie.

Fait caractéristique encore, le lépreux ne se suicide pas (2). Pourquoi le ferait-il d'ailleurs ?

Un homme se suicide parce qu'il se considère comme déshonoré ou parce qu'un excès de malheurs lui a, croit-il, rendu la vie impossible.

Mais la lèpre n'est pas une maladie « honteuse » et cette impression que la vie est terminée, que derrière la minute présente il n'y a plus rien de bon ou de possible, le lépreux ne l'a pas.

Le moment véritablement tragique est celui où il apprend la nature de son mal ; mais alors, ce qui l'étonne, c'est d'être

(1) Voir en appendice *note C.*

(2) Voir en appendice, *note D.*

si peu touché : quelques taches sur le corps, quelques lépromes, quelques douleurs fugaces peut-être ; au total, rien de grave. Sa force est intacte et il sait que la lèpre est une maladie très lente à évoluer, qu'il restera valide longtemps encore. Ce qui l'effraye à ce moment, c'est l'avenir tardif, la période où il sera le lépreux tel qu'il a l'habitude de le concevoir dans son esprit. Peut-être envisage-t-il le suicide pour cette époque, mais comme une éventualité éloignée, à laquelle il aura le temps de réfléchir.

Puis les années passent, la maladie évolue ; le choc moral du début a disparu, le malade s'est habitué à l'idée d'être lépreux. Son visage, ses mains deviennent difformes, sa vue baisse, mais très progressivement ; un nouveau doigt est pris, mais il y a six mois, un an que le précédent est touché ; l'ancienne lésion est devenue familière.

Toutes ces atteintes de son corps, s'ils les avaient éprouvées d'un seul coup, il ne les aurait peut-être pas supportées ; réparties sur de longues années, elles l'ont en quelque sorte mithridatisé contre la douleur morale. Il devient insensiblement un grand lépreux, presque sans s'en apercevoir.

Ainsi, le lépreux, non seulement ignore le suicide, mais tient à la vie et ne désarme pas devant elle. C'est ce qui explique qu'il travaille volontiers, lit beaucoup, cherche à s'instruire.

Un de nos malades, par exemple, est lépreux depuis 17 ans, ses premiers troubles étant apparus à l'âge de 6 ans. Ses lésions sont maintenant importantes, sa vue a baissé considérablement. La vie ne lui a jamais apporté ce qui provoque chez les autres un dynamisme intellectuel ; ni but social, ni émulation, ni conseils de l'entourage. Pourtant, il lit autant que ses yeux le lui permettent, apprend des langues étrangères, s'initie à la physique pour construire lui-même un appareil de T. S. F. Et ce n'est pas un simple besoin d'activité intellectuelle, de dynamisme intérieur qui le pousse : taciturne, triste, il ne se lie pas avec les autres malades, n'a rien de l'entrain qu'il devrait avoir à 23 ans. Il ne veut pas abdiquer devant la vie.

Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir le lépreux chercher, plus qu'un autre peut-être, l'oubli dans une vie sexuelle intense ; l'amour fait alors dérivation à bien des rancunes.

Le lépreux serait-il donc hypergénital comme le tuberculeux ? Nous n'avons pas cette impression. Nous croyons même que le lépreux est souvent hypogénital, entendant par là que sa sen-

sualité est peut-être moins inférieure et plus idéalisée que chez l'homme normal.

Il en est cependant qui n'attachent d'importance qu'à l'acte sexuel brutal et animal, pour eux symbole d'une humiliation et d'une souillure qu'ils infligent à autrui avec une joie sadique et véritablement vengeresse.

On tend généralement à croire que l'affectivité du lépreux est diminuée. Nous ne le pensons pas.

Il est certes difficile de pénétrer dans l'intimité de ses pensées : taciturne, se créant un masque d'indifférence de peur d'être blessé dans son amour-propre, par pudeur, il n'extériorise pas ses sentiments. Craignant de susciter le dégoût, il n'ose pas toujours montrer sa sympathie, tel ce malade venant s'excuser auprès de nous d'avoir rendu un léger service à un camarade non lépreux.

Cette sympathie, il n'hésite pourtant pas à la manifester pour les autres lépreux. Il semble même qu'il reporte sur ses camarades d'infortune l'affectivité qu'il évite de montrer ailleurs.

On pourrait objecter qu'il s'agit seulement là de l'intérêt personnel qui porte à suivre chez les autres l'évolution d'une affection dont on se trouve atteint soi-même. Les lettres de lépreux montrent qu'il n'en est rien. Ils parlent toujours des autres, peu d'eux-mêmes et donnent les nouvelles du groupe entier ; ce qui les intéresse, ce qu'ils veulent connaître, c'est plus la vie matérielle des malades, leurs occupations que l'évolution de la maladie ; ils semblent même éviter toute allusion à leur santé.

L'homme, être sociable par excellence, a besoin de faire partie d'un clan. Le lépreux est seul parmi les hommes, mais fait partie d'un véritable clan, celui des lépreux.

Aussi ne faut-il pas s'étonner si les lépreux préfèrent vivre entre eux, tentent de se grouper comme des malheureux unis par le même malheur. Dans leur clan, ils sont à l'aise, en sympathie avec tous, et n'ont plus la hantise de voir apparaître l'horreur de la lèpre sur le visage de ceux qui les entourent.

Un fait montre aussi que ce n'est pas l'égoïsme qui pousse le lépreux à s'intéresser aux autres lépreux ; il sait montrer son affection et sa reconnaissance à celui qui, bien portant, s'est dévoué à lui et il le fait entrer dans son clan.

Si le lépreux peut être facilement bon et confiant, il n'en est pas toujours de même envers qui il ne considère pas comme

faisant partie du clan ; il conserve une certaine réserve qui se traduit par le mutisme dans lequel il se retranche volontiers.

Mais s'il sort de cet isolement, il lui arrive parfois de se montrer hostile, méchant même, d'où le reproche qui lui est fait de manquer d'affectivité.

On a parlé souvent des révoltes de lépreux et des cruautés qui les ont accompagnées. Elles ont toujours été provoquées par une ségrégation obligatoire et mal comprise.

On exige de ces malades la perte de leur liberté : sanction cruelle, en échange de laquelle ils demandent des attentions et des soins. Sinon, une juste rancune apparaît et les mène parfois à la cruauté envers ces hommes bien portants qui les ont séquestrés puis oubliés. Quand, au lendemain d'une révolte, la léproserie est mieux organisée, les soins administrés avec plus de sollicitude, on voit les lépreux redevenir calmes et faciles à gouverner.

Le lépreux, comme tous les hommes, peut être bon ou mauvais, mais si la pudeur masque fréquemment ses sentiments, il est capable d'aimer et d'avoir de la reconnaissance.

Tous les sentiments humains, le lépreux est susceptible de les avoir. Mais un certain nombre de facteurs jouent, qui leur donnent plus de valeur encore, qui en élargissent la signification.

Comme ceux qui sont profondément atteints, le lépreux est replié sur lui-même. C'est dans ce repliement et dans son humeur taciturne qu'il acquiert un don d'observation remarquable. Rien ne lui échappe de ce qui l'entoure : il juge volontiers la vie avec plus de sérénité et de philosophie que les autres humains et une ironie légère vient souvent teinter ses propos.

La religion devient pour quelques-uns un refuge et une espérance dont la grandeur imprime un nouveau but à leur existence.

Dernier point : *l'espérance.*

Le lépreux, au plus profond de lui-même, garde l'espoir de guérir ou du moins de s'améliorer suffisamment pour reprendre une vie sociale normale. Bien qu'il cache ce sentiment, il suit constamment sur lui-même les progrès de son mal, suppute les bénéfices possibles d'une thérapeutique.

La lèpre étant une maladie qui évolue par poussées, séparées de rémissions importantes et prolongées, on voit fréquemment les

taches s'effacer, les bacilles de Hansen disparaître par intermittence dans le mucus nasal, les lépromes s'affaïsser. La guérison semble proche, le malade l'escompte déjà quand une nouvelle poussée ruine brutalement tous ses espoirs.

C'est alors que l'influence personnelle du médecin, atténuant ses souffrances morales autant que ses douleurs physiques, devient primordial. La poussée est transitoire et ne détruit pas fatalement l'effet de la thérapeutique antérieure. Le malade reprend courage, et l'espérance renaît, cette espérance divine qui animait déjà le lépreux de l'Evangile :

« Seigneur, si tu le veux, tu peux me purifier. »

ORIGINES DE LA PSYCHOLOGIE DU LÉPREUX

Quiconque sera atteint de la lèpre portera ses vêtements déchirés et il aura la tête nue; il se couvrira la barbe et criera : « Souillé ! Souillé ! » Tout le temps que durera le mal, il sera souillé. Etant souillé, il demeurera seul et sa demeure sera hors du camp.

(LÉVITIQUE, XIII, 45).

Tous les lépreux ne présentent pas cet état psychologique. Il en est parmi les frustes et les incultes surtout que le terme de « lèpre » n'effraie aucunement. — Ainsi, au Moyen Age, alors que la lèpre était à juste titre si redoutée, certains hommes se faisaient passer pour lépreux afin de s'introduire dans les léproseries et y vivre sans rien faire ; au point que des édits durent être prononcés contre « les marauds qui contrefont le ladre » (1).

Mais si en général les lépreux ont tant de caractères communs, s'ils vivent dans un même climat psychique, c'est que de nombreuses influences viennent agir sur leur caractère personnel, façonner leur âme jusqu'à faire de leurs vies diverses, même dispersées à travers le monde, une sorte de « vie unanime ».

Tout d'abord, le choc moral en apprenant qu'ils seront dorénavant des lépreux, le sentiment qu'il s'agit d'une maladie considérée comme incurable et qui met plus ou moins en marge de l'humanité ; plus encore, peut-être, les conséquences sociales.

Pour beaucoup, en effet, la lèpre représente l'abandon du métier, de la famille, souvent même du pays ; elle fait d'eux, au vrai sens du terme, des « *déracinés* ». Déracinés, ils le sont non seulement dans le passé, mais dans le futur. AVENIR, signifie pour eux incertitude, aussi bien au point de vue social qu'au point de vue santé. Quels projets peut faire un lépreux ? Que pourra-t-il faire dans 5, dans 10 ans ?

(1) Voir en appendice, note E.

La psychologie du lépreux dépend aussi beaucoup du milieu dans lequel il vit.

Lépreux au milieu d'autres lépreux, ses réactions interpsychologiques disparaissent. En contact avec des non lépreux, son attitude varie suivant qu'ils connaissent ou non sa maladie.

C'est l'état d'esprit des occidentaux envers la lèpre qui engendre les troubles du caractère et de l'affectivité du lépreux. Il n'y a pas de psychologie spéciale à la lèpre dans les autres contrées du monde, en Orient par exemple. DE BEURMANN et GOUGEROT l'avaient déjà fort bien noté :

« Le lépreux d'Orient, lorsqu'il est à l'abri du besoin, et même lorsqu'il est abandonné à son sort, ne manifeste aucun trouble mental dépressif. Au moment de l'invasion de la maladie, lors des poussées, il présente des périodes d'abattement et de fatigue qui sont dues précisément à la toxi-infection lépreuse ; il se plaint souvent des douleurs sourdes et tenaces des névrites lépreuses ; il redoute surtout l'accès de fièvre des poussées aiguës, mais, en dehors de ces accidents passagers, son état mental est celui des asiatiques non lépreux. C'est bien là la preuve que l'état psychique des lépreux européens est une création secondaire, un état « raisonné » mais inconscient en quelque sorte, dont ne peut se défendre l'Européen le plus résigné et le plus détaché des biens matériels (1). »

Et il ne s'agit pas là d'une question de race. Les noirs ou les Asiatiques atteints de lèpre qui ont été élevés avec les principes et les coutumes de la civilisation occidentale présentent exactement les mêmes réactions psychologiques que les Européens de pure race.

Quelle conception l'Occident a-t-il conservé de la lèpre depuis l'époque lointaine où le lépreux était considéré comme « intouchable » au même titre que le paria des Indes ?

Certaines maladies possèdent une « mystique » particulière. Ces mystiques naissent, se développent, disparaissent sans que l'on puisse toujours en reconnaître les raisons. Les unes sont provoquées par l'effroi, d'autres par la honte ; il en est d'universellement répandues, certaines n'existent que dans quelques contrées ou dans des milieux sociaux déterminés.

La mystique de la lèpre est probablement la plus ancienne et

(1) Voir en appendice, *note F*.

la plus tenace. Pourquoi ? Il est difficile de le dire. Certes, quelques lépreux présentent des mutilations qui peuvent paraître effroyables, mais le lépreux — surtout s'il est soigné — présente rarement ces mutilations. Le plus souvent, ses lésions visibles, restent, pendant de longues années tout au moins, minimes. C'est ce qui explique pourquoi tant de lépreux mènent dans Paris une vie sociale normale sans éveiller de soupçon.

Inversement, il est des maladies dont les apparences sont plus horribles ; pourtant le lupique malgré les cicatrices atroces qui lui rongent la face, n'est pas entouré de cette atmosphère de mystère qui imprègne le lépreux.

La lèpre n'est pas une maladie très contagieuse, même dans les pays où elle montre le plus d'activité. Un tuberculeux, par exemple, risque beaucoup plus de contaminer son entourage et ses proches qu'un lépreux. Et, si la contamination familiale de la tuberculose est un fait courant, la lèpre par contre se transmet rarement.

La lèpre est une maladie le plus souvent incurable, mais si elle le paraît plus qu'une autre, n'est-ce pas justement parce qu'elle est moins grave et laisse les malades vivre plus longtemps ?

Car la lèpre est une maladie relativement peu dangereuse, beaucoup moins certainement que la tuberculose. Lente à se révéler, lente à se développer, elle ne tue pas les malades. L'incubation est extrêmement longue, rue en moyenne 8 ou 10 ans, parfois plus. Lorsque les premiers symptômes sont apparus, la lèpre met très longtemps à évoluer et là encore la durée se compte par dizaines d'années.

Il est fréquent de voir des malades chez lesquels on découvre pour la première fois du bacille de Hansen, il y a 20 ans, et qui cependant n'ont encore que quelques taches ou tubercules peu apparents et peu gênants. D'ailleurs, même dans les lèpres graves et plus rapidement envahissantes, les viscères ne sont pas atteints. On peut dire qu'il n'existe pratiquement pas de lèpre hépatique intestinale ou pulmonaire et cette conservation des organes vitaux constitue la différence essentielle entre la lèpre et la tuberculose, dont les germes sont pourtant si voisins. Le lépreux meurt toujours d'une maladie intercurrente.

Moins contagieuse, moins mutilante, moins dangereuse que bien des autres maladies, la lèpre reste encore la maladie horrificante. Pour connaître l'opinion générale du public en ce qui la concerne, il suffit de puiser dans la littérature.

Les écrivains parlent volontiers de cette maladie dont le nom éveille chez le lecteur un sentiment d'étrangeté ; l'effet qu'ils en tirent ne montre malheureusement que trop une ignorance qu'ils n'ont pas cherché à dissiper tout à leur idée préconçue de cette affection.

Mais ceux même dont l'esprit est le plus ouvert aux courants modernes, qui, en parcourant le monde, cherchèrent à communier avec l'esprit des hommes, ne peuvent se défaire du sentiment d'épouvante médiévale qui, dès leur enfance, fut indissolublement lié à ce terme : « lèpre ».

Ainsi, Mme TITAYNA, au cours de ses voyages, voulut se documenter sur les lépreux. Elle passa parmi les îles d'Océanie, « sur la mauvaise goélette qui va recueillir la moisson maudite des lépreux, fleurs vénéneuses accrochées au corail des îles basses, aux passes traîtresses ». Aussi son opinion nous semble-t-elle particulièrement caractéristique.

En « remorquant ce cercueil de vivants qui, en tas sur le pont, offraient leur pourriture au soleil », elle pense à eux :

« Lépreux,

« Pour nous, tu es seulement un mort qui le sais. Tu vas assister sous le soleil à ta pourriture du tombeau...

« Mais au fur et à mesure que ton corps se séparera de toi, que tes doigts, tes mains, tes membres tomberont, tu entreras, mystérieux et initié dans cette vie dont nous ignorons la joie.

« Tes yeux couleront sur tes joues léonines, tes lèvres seront dévorées par un sourire immuable, tes oreilles seront mangées par le vent qui passe comme les pétales de fleurs. »

Ces lignes sont très poétiques, beaucoup trop malheureusement. Si nous les reproduisons, c'est qu'elles représentent admirablement l'état d'esprit habituel de l'Européen devant la lèpre. L'auteur s'est intéressée aux lépreux et, pour le prouver, s'est fait représenter dans de nombreuses revues, photographiée au milieu d'eux. Ce qu'elle écrit montre qu'elle n'a pu les voir cependant qu'à travers ses souvenirs d'enfance.

La première réaction de l'Européen, devant un lépreux, est le recul plus ou moins dissimulé, même si le malade ne présente pas de lésions visibles. La lèpre reste, malgré tout, la maladie apocalyptique qui rongea Job sur son fumier. Et le recul n'est qu'un témoin de la peur.

Puis à cette impression d'effroi vient se mêler la curiosité ; peu de sympathie d'ailleurs dans ce sentiment qui est surtout d'ordre intellectuel et dans lequel domine la sensation d'étrangeté. Le lépreux lui paraît en effet réellement étranger au sens étymologique du terme, avec les impressions de rareté et de bizarrerie qui en découlent. Pas un instant, son esprit n'est effleuré par la pensée que lui-même pourrait un jour être pareillement touché. Cette maladie est tellement extraordinaire à ses yeux qu'aucun commerce intellectuel, lui semble-t-il, n'est possible avec l'homme qui en est atteint.

Ces divers sentiments sont d'ailleurs admirablement perçus par le psychisme hypersensible du lépreux qui épie continuellement chez les autres les réactions qu'il provoque. Son état d'esprit n'est ainsi que la résonance de celui du non-lépreux à son égard.

Aucun contact affectif ne peut, dans ces conditions, s'établir et ces diverses réactions finissent par constituer autour du lépreux l'ambiance psychologique au milieu de laquelle il est appelé à vivre.

CONSÉQUENCES DE CETTE PSYCHOLOGIE

Une telle psychologie entraîne des conséquences nombreuses, dont il importe de tenir compte à la fois pour la prophylaxie de la lèpre et pour le traitement des malades.

Pendant longtemps, la prophylaxie de la lèpre n'a été réalisée que par la ségrégation dont le moyen d'action le plus caractéristique était la « léproserie » du Moyen Age. Or, *le lépreux hospitalisé n'est pas heureux*. Isolés dans un service spécialement consacré à eux, les lépreux subissent une déchéance nouvelle. Les hommes avec lesquels ils vivent — malades comme eux ou infirmiers — restent pratiquement toujours les mêmes. Leur vie est enclose dans un cercle fermé, perd tout horizon. Et, cette expression ne constitue pas qu'une métaphore ; M. BURNET nous a cité un exemple caractéristique à cet égard : les lépreux préfèrent être enfermés dans une île que d'habiter une léproserie dans la montagne parce que, disent-ils, la vue s'étend plus loin au bord de la mer qu'entre les murailles d'une vallée. Cette impression d'étouffement, combien ne l'ont-ils pas, entre les murs d'un pavillon d'hôpital, situé au milieu d'une ville qui leur est interdite. D'ailleurs, nous l'avons déjà vu, la plupart des malades refusent une telle claustration.

Il ne faut pas croire cependant qu'un pavillon tel que celui qui est actuellement en construction à l'hôpital Saint-Louis, ne puisse servir. Des malades doivent pouvoir y séjourner un temps plus ou moins long.

Certains à *titre transitoire*. C'est le cas du malade chez lequel on vient de reconnaître une maladie de Hansen. Le diagnostic posé, l'examen complet et minutieux doit être pratiqué ; celui-ci comporte en particulier l'étude systématique de la sensibilité, les recherches bactériologiques diverses, les examens otorhino-

laryngologique et ophtalmologique complets. La seule exploration des diverses sensibilités sur le corps entier d'un malade nécessite plusieurs séances : on sait combien le médecin et plus encore le sujet se fatiguent vite au cours de ces examens, et insister n'aboutit qu'à faire commettre de nombreuses erreurs.

On sait qu'il est d'une importance extrême de posséder des schémas aussi rigoureux que possible des troubles de la sensibilité si l'on veut suivre l'évolution et se faire une opinion quant à la valeur thérapeutique des traitements susceptibles d'être utilisés ultérieurement. Et cet examen complet doit être renouvelé systématiquement, au minimum une fois, deux fois par an.

Puis un homme, lorsqu'il vient d'apprendre qu'il est lépreux, a besoin d'être entouré d'une certaine sollicitude. Il doit s'habituer à l'idée d'être lépreux, reprendre espoir. C'est le moment où il risque le plus de verser dans la mélancolie. Et voici que l'on s'occupe activement de lui, qu'on l'examine longuement, qu'on commence à le traiter ; il rentre dans l'existence normale. Mais pendant cette période de réadaptation, l'isolement absolu, qui constitue, il ne faut pas l'oublier, le meilleur traitement des états dépressifs et mélancoliques, ne peut qu'avoir une influence excellente sur son psychisme. Le bénéfice d'un séjour de quelque durée dans un pavillon d'isolement peut alors être considérable.

C'est le cas également lorsqu'une thérapeutique nécessite des soins particuliers ou tire un avantage à être suivie de très près ; comme le traitement de PALDROCK dont notre ami, le D^r BRUN vient de montrer tout l'intérêt dans sa thèse.

C'est le cas enfin des lépreux qui attendent la solution d'un problème social : le placement dans un sanatorium ou dans un village d'isolement, le rapatriement dans une colonie ou dans un pays étranger dont ils sont originaires.

Des malades peuvent également être hospitalisés à *titre définitif*. Il y a, pensons-nous, deux indications essentielles à cet isolement :

Tout d'abord, les malades très infirmes, aux mutilations nombreuses. Pour eux, aucune vie sociale n'est plus possible, même dans les limites d'un village de lépreux ; de plus, les soins nécessités par leur état sont plus minutieux et, surtout, il importe autant qu'il est possible de les éloigner des lépreux valides : il ne faut pas montrer à ceux-ci le tableau navrant de la déchéance

physique qu'ils risquent de présenter eux-mêmes plus tard. Aussi, dans le pavillon des lépreux, ces malades mutilés devront-ils être absolument isolés des chambres et des salles réservées aux lépreux récents, hospitalisés provisoirement. Une autre indication, d'ailleurs voisine, est la cécité. Le lépreux aveugle ne peut plus subvenir seul à ses besoins ; en outre, il partage de façon curieuse l'optimisme de l'aveugle en général, de sorte que l'on a pu voir des lépreux devenir plus gais et plus heureux pendant que leur cécité se constituait.

Reste un cas particulier : celui des malades atteints dès leur enfance et qui, pratiquement, se connurent toujours lépreux. L'isolement, contrairement aux autres, ne les effraye pas. N'ayant jamais participé à la vie sociale, ils ne cherchent pas à s'y intégrer. Nous en avons trouvé deux exemples typiques dans le service de notre maître, M. le prof. GOUGEROT. Etre placés dans un endroit ou dans un autre les laisse parfaitement indifférents.

*
**

Le lépreux veut vivre avec des lépreux.

Le lépreux a droit au travail et à une vie sociale.

C'est pourquoi les lépreux se trouvent relativement heureux dans leur république autonome de Culion ; toute une vie citadine et rurale s'y est organisée ; les échanges s'y font grâce à une monnaie frappée pour eux par une banque qui leur appartient ; ils y ont leur gouvernement formé par des représentants qu'ils ont élus eux-mêmes. Ils y mènent l'existence qu'ils auraient pu mener ailleurs s'ils n'avaient pas été malades (1).

*
**

Enfin le lépreux a besoin de distractions.

Elles sont nombreuses à Culion, qui en cela également reste un modèle : théâtres, cinémas, T. S. F., concerts, rien ne manque aux habitants de l'île ; et comme ce sont eux-mêmes qui organisent tout cela, la préparation et l'exécution les occupent plus encore que le spectacle lui-même.

*
**

(1) Voir en appendice, *note G*, l'organisation de Culion.

Le lépreux veut être traité activement.

L'idée de son mal le poursuit, il guette chaque nouveau symptôme, en observe anxieusement les progrès. Il est prêt à essayer toute thérapeutique nouvelle susceptible de contribuer à sa guérison. Aussi ne faut-il pas hésiter, en dehors du traitement de base par les dérivés différents du Chaulmoogra, à expérimenter des méthodes variées. Le malade doit toujours être tenu dans l'espoir de nouveaux procédés thérapeutiques : injections intradermiques, cautérisation par l'acide trichloracétique, traitement de Keyzer par le radium, héliothérapie, extirpation chirurgicale (GOUGEROT), « repassage » de UNNA, enfin le procédé de PALDROCK, repris par José BRUN et dont l'action à distance sur les lépromes de la face, en améliorant l'aspect du visage, n'est pas sans jouer un grand rôle sur le psychisme des malades.

*
**

Le lépreux a droit à une vie affective et à une vie intellectuelle.

La question du mariage chez le lépreux est très discutée. Certains pays ont conservé la conception religieuse antique : l'union du mari et de la femme doit rester absolue même si l'un est sain et l'autre lépreux.

D'autres pays, au contraire, ont adopté une législation qui, pour être à l'opposé de la précédente, n'en est pas moins rigoureuse. « Dans la plupart des léproseries, ou dans les colonies de lépreux, comme il en existe chez nous, à Cuba, dit le P^r FRANCISCO DOMINGUEZ — qui s'élève d'ailleurs contre de telles mesures, — les lépreux sont internés pour toujours, les hommes d'un côté, les femmes d'un autre, et on se trouve souvent en présence de jeunes lépreux ou de jeunes femmes lépreuses de 20 à 25 ans qui, par suite de la réglementation, ne peuvent ni communiquer entre eux, ni communiquer avec l'extérieur. »

Ces deux conceptions extrêmes nous semblent aussi mauvaises l'une que l'autre. On ne peut *obliger* un être humain bien portant à cohabiter avec un lépreux. La seconde méthode risque d'inciter bien des malades à se dissimuler pour fuir des lieux qu'ils considèrent comme autant de prisons.

A Culion, les unions sont permises, mais pour des raisons médicales, découragées autant que possible. Dans cette délicate question, le plus grand tact doit être observé. Aussi approuvons-

nous tout à fait les paroles pleines de mesure du Pr MARCHOUX, pour lequel aucune loi humaine ne peut interdire le mariage : « Laissons aux lépreux la liberté de se marier entre eux. Il n'est pas juste de les priver du bonheur familial. Tâchons d'éviter l'union des personnes saines avec des lépreux. Nous aurons d'ailleurs peu de peine à entraîner la conviction des intéressés. Une sage retenue est de règle dans les pays où règne la lèpre. »

Le sort des enfants ne constitue pas une impossibilité à de pareilles unions. Répétons-le, *les enfants issus de parents lépreux naissent sains*. Il suffit, pour les préserver, de les séparer des parents dès leur naissance.

Une telle mesure est facilement applicable : L'expérience de l'Œuvre Grancher le montre avec évidence. Grâce à elle, des milliers d'enfants, nés de parents tuberculeux, sont séparés de leur famille le jour même de la naissance ; placés à la campagne, ils trouvent dans des familles paysannes un foyer auquel ils s'attachent et sont ainsi épargnés à coup sûr par la maladie qui atteint leurs parents.

Ce qu'il a été possible de faire pour la tuberculose, rien n'empêche de le réaliser pour la lèpre (1).

(1) A Culion, les enfants ne sont malheureusement séparés de leurs parents qu'à l'âge de 6 mois. Le danger de l'allaitement artificiel sous les tropiques en est cause. La lèpre est surtout contagieuse dans le jeune âge, de sorte que les enfants, après six mois de contact avec les lépreux, même séparés ensuite de leurs parents, se montrent atteints dans la proportion de 20 0/0 des cas. La séparation, après 6 mois seulement, nous paraît donc médicalement nocive.

Psychologiquement aussi : lorsqu'un enfant atteint l'âge de six mois, sa mère s'est attachée profondément à lui ; les soins multiples qu'elle lui a prodigués, les joies et les inquiétudes qu'il a provoquées ont constitué autant de liens puissants qu'il nous paraît cruel de rompre à ce moment. La séparation doit donc être faite autant que possible dès la naissance.

BASES PSYCHOLOGIQUES DE LA PROPHYLAXIE ET DU TRAITEMENT DE LA LÈPRE

Je conseille que lorsqu'on les voudra séparer, on le fasse le plus doucement et plus aimablement qu'il sera possible, ayant mémoire qu'ils sont semblables à nous... Et les faut admonester que, combien qu'ils soient séparés du monde, toutefois ils sont aimés de Dieu, en portant patiemment leur croix.

Ambroise PARÉ.

Nous pensons avoir montré dans les pages précédentes l'importance de la psychologie dans le problème de la lèpre. La prophylaxie doit y trouver des règles pour être plus efficace et la thérapeutique, en tenir compte pour être plus agissante.

Sur quelles bases entreprendre la lutte contre ce fléau ?

A. — FAIRE DISPARAITRE LA MYSTIQUE DE LA LÈPRE

Il faut tout d'abord modifier le vieil état d'esprit de l'homme vis-à-vis de la lèpre.

Il est d'autres maladies, comme la syphilis, qui provoquent l'effroi ; actuellement, une mystique nouvelle s'est créée, celle du cancer. Mais alors que cette dernière, basée sur la crainte est utile en permettant au médecin de voir le malade assez tôt pour entreprendre une thérapeutique efficace, au contraire, la mystique de la syphilis, basée sur la honte et celle de la lèpre, née de la peur et de la répulsion, tend à éloigner le malade de celui qui peut le secourir.

Bien qu'elle ne date que des temps modernes, la mystique de la syphilis a été aussi puissante que la mystique de la lèpre.

Par un effort de propagande, très soutenu d'ailleurs par le Gouvernement, la syphilis tend à redevenir une maladie comme les autres maladies et ce que l'on fait actuellement pour la syphilis, rien n'empêche de le réaliser pour la lèpre. Aussi, la Société des Nations et les grandes Associations d'hygiène sociale s'occupent activement du problème de la lèpre. Il faut enseigner non seulement le grand public, mais encore les médecins dont les idées sur la lèpre sont en général fausses et rudimentaires.

La Société des Nations voudrait, entre autres choses, que chaque pays à lèpre endémique possède au moins un centre consacré à l'étude théorique et pratique de la maladie et comprenant une installation clinique, une organisation pour l'étude épidémiologique et des laboratoires de recherche.

B. — CRÉER DES SERVICES OUVERTS

Changer l'état d'esprit d'une population ne peut être réalisé en un jour et l'on doit tenir compte de l'ancienne mystique dans l'organisation immédiate de la prophylaxie et de la thérapeutique.

A Paris, où la lèpre est peu ou pas contagieuse, la meilleure solution nous semble représentée par la création d'un service ouvert analogue aux services ouverts de psychiatrie, de création récente.

Le problème social, posé par les petits mentaux, est très voisin du problème psychologique des lépreux. Ces deux catégories de malades craignent en effet les réactions de l'entourage et veulent le secret sans lequel ils risquent de perdre leur tranquillité ou leur situation.

Jusqu'à ces dernières années, le psychiatre, devant un sujet atteint de troubles mentaux, légers ou curables, n'avait que deux solutions : l'internement ou l'abstention, c'est-à-dire, pour nombre de cas, trop ou pas assez. C'est ainsi que furent créés les « services ouverts » pour psychopathes où les malades savent qu'ils peuvent sortir quand ils le désirent et ne font pas l'objet d'un certificat dont les conséquences sociales ultérieures peuvent être désastreuses.

Etre soigné dans ces services n'implique pas une tare et leur succès même montre la nécessité qu'il y avait de les créer.

**Un service ouvert pour lépreux
doit comprendre plusieurs organismes distincts**

1° Dispensaire. — Ce dispensaire doit permettre la surveillance sociale et médicale des nombreux malades qui circulent librement

a) Les malades doivent trouver dans ce dispensaire des conseils médicaux à leur gré ;

— y être traités ;

— y prendre des directives nécessaires pour être soignés par un médecin de ville.

b) Même s'ils sont traités au dehors, ils doivent recevoir les médicaments qui leur sont nécessaires. Ceci nous semble doublement important : d'abord au point de vue psychologique, il est bon de ne pas formuler sur une ordonnance des médicaments contre la lèpre. Ensuite, le traitement de la lèpre n'étant pas définitif, les résultats dépendant souvent de l'origine des plantes, du mode de préparation, de la fraîcheur de l'huile, il est préférable que le malade n'utilise pas des produits dont il est difficile de préciser l'origine et l'ancienneté, en même temps qu'il y a intérêt pour le médecin à contrôler sur plusieurs malades l'efficacité des produits qu'il emploie (1).

c) Le dispensaire peut être installé de telle sorte que de menues interventions puissent y être pratiquées : biopsies, applications de neige carbonique, prélèvements bactériologiques, sans obliger le malade à pénétrer dans le pavillon des lépreux.

d) Le dispensaire doit posséder tous les dossiers des lépreux qui ont été connus à Paris.

e) Pour que les malades y viennent sans crainte, il est nécessaire que ce dispensaire soit installé dans un « *local neutre* », hors du pavillon réservé aux lépreux. Ce dispensaire doit donc faire partie si possible d'un service plus vaste. Il doit être secret afin d'attirer le lépreux, de le connaître, de le suivre.

2° Pavillon réservé. — Nous n'insisterons pas à nouveau sur le fonctionnement et l'organisation de ce pavillon. Destiné à recevoir quelques malades dont l'état ou le traitement nécessite

(1) Nous tenons à remercier ici M. le Directeur et M. l'Econome de l'Hôpital St-Louis, qui ont bien voulu, avec l'assentiment de M. le Pharmacien-chef, nous autoriser à délivrer gratuitement des médicaments aux malades non hospitalisés.

une hospitalisation provisoire et des malades dont la déchéance physique nécessite l'hospitalisation définitive, il doit comprendre des locaux absolument distincts pour ces deux catégories de malades.

Prolongation et annexe du dispensaire, il doit avoir la même direction médicale que celui-ci.

3° Laboratoire. — Un laboratoire commun fonctionnerait pour le dispensaire et le pavillon réservé.

C. — VILLAGE D'ISOLEMENT

Le village d'isolement est réclamé par nombre de lépreux. C'est en effet l'une des meilleures solutions au problème social et psychologique de la lèpre. Le lépreux y trouve en effet l'oubli d'une humanité défiante en même temps que la possibilité d'avoir une vie sociale restreinte mais normale. M. W.-H.-P. ANDERSON, dans son rapport à la III^e Conférence Internationale de la lèpre, a fort bien montré ce que doivent être ces centres d'isolement.

Un de nos malades, qui désire la création d'un village d'isolement, pense à une île française de l'Océan pour l'établir. Il serait préférable, pensons-nous, de créer ce village destiné aux lépreux français hors de France, par exemple en Afrique du Nord.

D. — LE LÉPREUX GUÉRI ET L'ENFANT DU LÉPREUX

Avec des traitements modernes, les guérisons cliniques sont de plus en plus fréquentes. A Culion, plus de 2.000 lépreux considérés comme guéris, ont pu quitter l'île. Un malade est considéré comme guéri, lorsque cliniquement et bactériologiquement, sa maladie ne présente plus aucun signe d'activité depuis plusieurs années. Mais alors un nouveau problème psychologique se pose. Dans quelles conditions le malade va-t-il rentrer dans son foyer après un séjour plus ou moins prolongé dans un centre d'isolement ?

« Que la lèpre puisse guérir, déclare le Dr BALINA, le peuple l'ignore et même ne veut pas le croire. Pour lui un lépreux le reste toujours. La lèpre est une maladie et un stigmate d'exclusion sociale. La science médicale pourra peut-être le délivrer de son mal, mais la société injuste et cruelle ne lui enlèvera jamais le stigmate honteux dont elle l'a marqué. Malheureux l'être dont

le diagnostic de lèpre n'a pu être tenu secret : bien qu'il puisse guérir un jour, l'opprobre de la société pèsera toujours sur lui. »

S'appuyant sur ces faits, les médecins des Philippines et à leur suite la Commission de la Lèpre à la Société des Nations, envisagent de créer des colonies spéciales de lépreux libérés.

Là n'est pas la solution idéale. Le lépreux guéri est encore un être à part, mais dans l'état actuel de la psychologie des peuples, c'est la seule chose possible et bienfaisante.

Reste le cas de l'enfant né de parents lépreux et ayant vécu à leur contact. Le problème est identique à celui du lépreux guéri. L'enfant doit être suivi, examiné périodiquement, car la lèpre peut apparaître sans qu'il s'en doute, après une période de latence très longue.

N'est-il pas exposé en outre à voir toutes les portes se fermer devant lui ? Au Moyen Age, les descendants des lépreux devaient éternellement rester en dehors de la communauté des hommes.

Il ne faut pas qu'à notre époque, l'enfant né dans une léproserie reste pour toujours « le fils du lépreux ».

*
**

Dans cette étude, nous espérons avoir montré l'importance de la psychologie dans le problème individuel et social de la lèpre. Pourquoi s'occuper du tuberculeux et abandonner le lépreux, pourquoi lui infliger un autre traitement ?

« Les uns sont des pestiférés, des parias ; les autres des malades qui appellent la sympathie et pour le salut desquels tout le monde s'emploie » (MARCHOUX).

Une telle injustice ne doit plus exister.

Nous serons heureux si nous avons réussi à éveiller un peu de sympathie sur ces déshérités pitoyables.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

I. — Une vingtaine de lépreux environ sont hospitalisés à Paris. Ils ne représentent qu'une très faible partie des lépreux qui y vivent réellement ; les autres sont libres et disséminent les bacilles de Hansen autour d'eux sans prendre aucune précaution d'hygiène.

II. — Ces lépreux sont :

- a) Des *étrangers* venus d'Europe, ou des pays tropicaux.
- b) Des *indigènes coloniaux* originaires surtout des Antilles.
- c) Des *Français* qui, après des séjours prolongés dans des pays d'endémie lépreuse, sont revenus définitivement en France.

III. Ces malades ont contracté la lèpre dans les cinq parties du monde. Le plus grand nombre (63 %) vient d'Amérique et plus particulièrement des Antilles.

Par rapport à la période d'avant-guerre, l'apport asiatique a considérablement diminué en passant du cinquième au trentième des cas observés. Par contre, les pourcentages sont identiques pour les autres parties du monde.

IV. — Les malades, en majorité, sont venus à Paris *parce qu'ils avaient la lèpre*, dans l'intention de se soigner. La minorité s'y trouve par le fait des hasards sociaux (émigration, recherche de travail).

V. — Si la lèpre se montre peu contagieuse en France, l'existence de plusieurs foyers de lèpre autochtone, plusieurs observations de lèpre contractée auprès de parents lépreux revenus des colonies par des personnes n'ayant jamais quitté la France, montrent que la prophylaxie de la lèpre doit y être envisagée au même titre que dans les pays tropicaux.

VI. — La conception médiévale de la ségrégation obligatoire, conception venue de la Bible, doit disparaître ; nous ne pouvons emprisonner des hommes dont le seul crime est d'être malades.

Toute mesure de caractère obligatoire serait d'ailleurs *inefficace*, les malades pouvant facilement se perdre dans la population, et *nuisible*, parce qu'elle disperserait ceux que nous avons, au contraire, intérêt à connaître et à grouper.

Nous ne pouvons atteindre les lépreux disséminés dans Paris qu'en les attirant et leur donnant confiance. La prophylaxie de la lèpre, pour être efficace, doit donc reposer sur des bases psychologiques.

Mais nous ne devons pas envisager le seul point de vue social, nous devons songer aussi à la vie spirituelle de ces êtres qui souffrent plus encore dans leur esprit que dans leur corps : le lépreux est un malheureux hors de l'humanité, même s'il vit parmi les autres hommes, car il sait qu'il risque à tout instant d'être mis à l'écart et traité en paria.

VII. — La psychologie du lépreux est provoquée par l'état d'esprit du non-lépreux envers lui.

Le lépreux est, en général, taciturne, enclin à la tristesse. Cependant, contrairement à ce qui est habituellement affirmé, il n'a rien du mélancolique au sens psychiatrique du terme. Il est, au contraire, intellectuellement actif et la réclusion développe en lui l'esprit d'observation.

Il n'a pas d'idées de suicide.

Il se sépare volontiers du monde extérieur. Cette séparation, cependant, il ne la veut pas absolument complète, car, s'il ne tient pas à participer à la vie des autres, il est avide de la contempler.

Par pudeur autant que par amour-propre, le lépreux se crée un masque d'indifférence. En réalité, son affectivité n'est en rien diminuée.

IX. — De nombreuses influences agissent sur l'esprit du lépreux :

Le choc moral en apprenant la nature de l'affection, la certitude qu'il s'agit d'une maladie incurable. Le changement d'état social, l'incertitude de l'avenir, les troubles apportés à sa vie affective, l'influence considérable enfin du milieu dans lequel il est appelé à vivre.

X. — L'état d'esprit du non-lépreux vis-à-vis du lépreux est caractérisé surtout par un sentiment d'effroi, une impression de curiosité et d'étrangeté qui empêche tout contact affectif. Ces

divers sentiments sont admirablement perçus par le psychisme hypersensible du lépreux qui épie continuellement chez les autres la réaction qu'il provoque.

XI. — Les conséquences de cette psychologie sont nombreuses :

Le lépreux hospitalisé n'est pas heureux.

Il veut vivre avec des lépreux.

Il a besoin d'une vie sociale, d'accomplir un travail, d'être distrait.

Il réclame une vie affective et une vie intellectuelle.

Il désire être traité activement.

Il exige que le secret le plus absolu soit conservé à propos de son affection, surtout s'il continue à vivre avec des non-lépreux.

XII. — Il faut détruire, dans le public, le sentiment mystique d'épouvante que provoque la lèpre.

Le lépreux doit avoir, au point de vue psychologique comme au point de vue social, une vie aussi normale que possible.

La déclaration obligatoire ne doit entraîner aucune mesure d'ordre sanitaire sans le consentement du malade.

B. — Dans les grandes villes comme Paris, il est nécessaire d'organiser des services ouverts comprenant un pavillon réservé et un dispensaire situé dans un local neutre.

C. — Il est nécessaire enfin de créer un village d'isolement suivant les principes appliqués dans l'île de Culion.

XIII. — Les lépreux guéris doivent être suivis après leur départ ; les enfants nés de parents lépreux et ayant vécu à leur contact sont surveillés pendant une longue période. La création de colonies spéciales de lépreux guéris pourrait être envisagée.

APPENDICE

APPENDICE

Note A. — Nous devons signaler le cas particulier du malade de l'observation n° 15, revenu de la Guyane après avoir purgé une peine de 10 ans de travaux forcés. Il y a déjà eu à l'hôpital St-Louis plusieurs anciens bagnards ayant contracté la lèpre à la Guyane ; certains d'entre eux provoquèrent des difficultés nombreuses dans les services à cause de leur esprit de revendication. L'un d'eux blessa grièvement un autre lépreux qui refusait d'avoir avec lui des rapports anormaux.

Nous pensons que les bagnards, avant d'être autorisés à revenir en Europe, devraient passer un examen médical rigoureux et que la lèpre devrait en particulier être recherchée attentivement par l'examen systématique de la sensibilité et la recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal après absorption d'iodure. Si l'examen se montrait positif, le rapatriement serait refusé ou, en cas de doute, ajourné.

Note B. — La Commission de la Société des Nations s'est réunie à Bangkok en décembre 1930. Un mois plus tard, une importante société américaine, le *Leonard Wood Memorial for the indication of leprosy* réunissait, en Conférence à Manille des léprologistes du monde entier. Nous croyons intéressant de placer ici certaines parties du « *Premier Rapport général de la Commission de la Lèpre à la Société des Nations* » daté d'avril 1931 et qui ont directement trait à notre travail.

Ce rapport a, en effet, un intérêt capital. Bien que ses conclusions n'engagent en rien aucun gouvernement, on peut dire qu'en pratique, il constitue maintenant la *Charte* de la lèpre dans le monde.

Le rapport débute par l'affirmation des principes suivants :

Les acquisitions modernes de la science et de l'hygiène fournissent, malgré les lacunes que comportent encore nos connaissances, les éléments d'une prophylaxie de la lèpre, et le moment est venu pour l'époque moderne d'entreprendre contre la lèpre une nouvelle croisade internationale.

La prophylaxie de la lèpre commence seulement d'exister dans certains pays ; elle doit être organisée et développée méthodiquement dans l'esprit de la médecine préventive et de l'hygiène sociale.

La prophylaxie de la lèpre n'est pas un problème susceptible d'une solution simple ; les moyens à employer varient nécessairement avec les conditions géographiques, économiques, administratives, financières et autres des pays à lèpre.

L'organisation de la prophylaxie y est évidemment longuement étudiée. Certaines parties intéressent directement le problème de la lèpre en France.

La législation par exemple :

Les progrès réalisés dans le traitement rendent nécessaire une réforme des règlements, dont l'ancien esprit, surtout administratif et policier, doit faire place à l'esprit médical et social :

a) la déclaration obligatoire, comme pour les autres maladies infectieuses ;

b) l'isolement des cas bactériologiquement positifs et contagieux ;

c) une organisation pour le traitement ;

les dispositions de détail (mesures de désinfection, interdiction de certaines professions, etc.) faisant l'objet d'une réglementation facile à modifier selon les conditions sociales et le programme scientifique et médical.

Il est désirable que les mouvements lépreux d'un pays à l'autre soient réglés par des arrangements internationaux.

Il serait utile également d'établir un recensement des lépreux aussi exact que possible. Mais nous avons vu combien ce recensement peut être difficile à faire dans une grande ville comme Paris. D'où l'importance de l'éducation du public.

Dans la plupart des pays à lèpre, l'ignorance et les préjugés font obstacle à la prophylaxie rationnelle, et l'opinion publique oscille entre l'indifférence et la phobie aveugle. La propagande éducative doit répandre non seulement dans le public en général, mais parmi les lépreux, la notion que la lèpre est une maladie contagieuse, mais modifiable par le traitement et même curable, semblable, sous ce rapport, à la tuberculose.

Un des plus sûrs moyens d'agir sur le public est fourni par les résultats thérapeutiques : un traitement qui ne donne pas de résultats conduit au découragement. Aussi est-il nécessaire de créer des centres consacrés à l'étude théorique et pratique de la maladie, et des dispensaires.

Restent enfin trois questions très délicates à résoudre, celle des lépreux pratiquement guéris, celles de la descendance et du mariage des lépreux. Nous croyons utile de mettre ici en totalité les indications du rapport à ces différents points de vue :

Service des anciens lépreux : les lépreux pratiquement guéris, c'est-à-dire qui n'ont plus de symptômes de maladie en activité, doivent être suivis, parce qu'ils ont besoin d'un traitement d'entretien, parce qu'ils doivent être réexaminés périodiquement et parce que très souvent, pour des raisons physiques et sociales, ils ne peuvent retrouver une place dans la communauté.

Il est donc nécessaire d'organiser la surveillance sanitaire des anciens lépreux par le Service du contrôle épidémiologique et, au besoin, par l'organisation de colonies spéciales de lépreux libérés.

Enfants de lépreux : les enfants nés de parents lépreux doivent être séparés des parents aussitôt que possible après la naissance et élevés à l'abri de la contagion lépreuse. Cette mesure s'impose particulièrement dans le cas des enfants nés dans les léproseries.

Mariage des lépreux : pour des raisons médicales et sociales, le mariage et la cohabitation doivent être énergiquement déconseillés aux lépreux et, si possible, interdits dans les institutions d'isolement volontaire ou obligatoire. Dans les institutions d'isolement obligatoire où, pour une raison quelconque, cette interdiction n'est pas possible, et dans les refuges pour lépreux à peu près incurables que l'on cherche à rendre populaires, on convaincra les malades des effets nuisibles du mariage et de la cohabitation et l'on découragera la procréation par tous les moyens légitimes.

Nous rapportons enfin les conclusions générales du rapport. Presque toutes, en effet, peuvent s'appliquer au problème de la lèpre en France qui, nous le rappelons encore, dirige un vaste empire rempli de lépreux :

Résumé et conclusions :

1. La prophylaxie de la lèpre n'est pas un problème susceptible d'une solution simple ; les moyens à employer varient avec les conditions géographiques, économiques, administratives, financières et sociales, et avec la fréquence de la maladie.

2. Il ne peut y avoir de prophylaxie efficace sans traitement, le traitement donne d'autant plus de résultat qu'il est plus précoce.

3. Comme la tuberculose, la lèpre, du moins à un certain stage, est une maladie contagieuse, mais curable; curable en ce sens que l'examen bactériologique devient négatif et que les autres signes de lèpre active disparaissent définitivement pour une durée indéterminée.

4. La prophylaxie de la lèpre est réalisable par un ensemble de mesures médicales, éducatives et législatives. Elle doit prévoir l'isolement et le traitement des lépreux contagieux, et, en particulier, le traitement des cas récents dans des cliniques et des dispensaires ; en outre, l'examen périodique des suspects. Il y a lieu de prendre des mesures spéciales à l'égard des enfants des lépreux, ainsi que des lépreux pratiquement guéris, soit par le traitement, soit spontanément.

5. Chaque pays à lèpre endémique doit posséder au moins un centre pour l'étude de la maladie, avec des laboratoires de recherche et des cours spéciaux pour les médecins et leurs assistants. A défaut d'un tel centre, médecins et assistants feront un stage dans un centre étranger.

6. Le programme des facultés de médecine doit comprendre un cours sur la lèpre.

7. Il est nécessaire d'instruire le public sur la lèpre par des moyens modernes de propagande et d'enseignement populaire.

8. L'isolement des lépreux contagieux est une partie indispensable de la lutte contre la lèpre, mais l'isolement ne peut plus être considéré comme l'unique moyen de prophylaxie. Ses défauts doivent être corrigés par des mesures complémentaires. L'isolement ne doit être appliqué qu'aux lépreux considérés comme contagieux.

9. Le traitement spécial, quelle qu'en soit la forme, doit, pour donner des résultats satisfaisants, être associé à un régime alimentaire convenable et à une bonne hygiène générale.

10. Les remèdes recommandés pour le traitement spécial sont les huiles du groupe chaulmoogra, leurs éthers et leurs savons.

11. La prophylaxie de la lèpre doit être conçue dans l'esprit de la médecine préventive et de l'hygiène sociale.

Note C. — L'humeur sombre de Louis XI, à la fin de son existence, aurait été provoquée par la crainte qu'il avait d'être lépreux.

Louis XI, en effet, envoya chercher en l'île Saint-Jacques du Cap Vert « aucunes choses qui touchoient très fort le bien et santé de sa personne ».

C'est qu'on venait d'apprendre qu'on y guérissait de la lèpre grâce à un nouveau traitement : sang des tortues de mer que l'on y trouve à marée basse (ce qui est à rapprocher des « bains dans du sang de vierge » réputés efficaces au cours de l'antiquité) et élixir fait avec la chair de ces tortues et d'oiseaux originaires de l'île.

Et Ch. de la Roncière qui rapporte le fait (« L'Histoire de la marine française »), conclut :

« Mais alors, Louis XI avait la lèpre ? On le prétendait tout bas. Jusqu'ici, rien n'avait donné consistance aux bruits rapportés par le seul chroniqueur Thomas Basin. L'expédition de l'Isle Vert pour un motif dont je viens de dévoiler le secret les confirme et jette une vive lumière sur la psychologie de Louis XI, son humeur atrabilaire, la claustration étroite qu'il s'imposa dans les derniers temps de sa vie ; le malheureux se croyait atteint de la lèpre. De l'élixir de l'Isle-Vert, du sang des tortues de mer, il ne put du reste apprécier l'efficacité ; il mourut le 30 août 1483, avant le retour de l'expédition ».

Note D. — On dit habituellement que le suicide est fréquent chez les lépreux. On en cite des cas. Xavier de Maistre dans « Le Lépreux de la Cité d'Aoste » ne manque pas de représenter son personnage comme hanté par l'idée du suicide ; celui-ci est même décidé à mettre son projet à exécution lorsqu'un hasard providentiel l'en empêche. Mais ceci est inexact. Les cas de suicide qui ont été publiés sont exceptionnels et leur étude permet de voir que la lèpre n'est à peu près pour rien dans la genèse de l'idée du suicide ; l'état psychique antérieur intervient dans le déterminisme de cette phase dépressive.

Nous sommes heureux de trouver une confirmation de ce fait dans le dernier ouvrage paru de M. Burnet :

« J'ai interrogé dans le monde entier les médecins des léproseries sur les suicides de lépreux ; le suicide est exceptionnel. Sans doute des suicides peuvent passer ignorés, mais il est significatif que, sur des dizaines et des dizaines de milliers de lépreux, on ait de la peine à en recueillir huit cas. L'un, en Argentine, concernait un homme instruit, un ingénieur de 32 ans, marié, père de deux enfants de sept et neuf ans. Il s'est tué (il a expliqué son suicide) parce que « tout le monde se détournait de lui ».

« Un autre était un colonel qui s'est brûlé la cervelle. Un autre, dans une léproserie, s'est ouvert le ventre. Je connais plusieurs cas de suicide par noyade de sujets déséquilibrés ; il m'a été affirmé que leur trouble mental avait existé dès avant leur lèpre.

« Aux cas de suicide par désespoir, opposons le cas de ces lépreux de l'Inde, qui se pendaient pour échapper, non à la maladie, mais à la ségrégation. »

Note E. — Il est curieux de voir comment on devenait « lépreux » au Moyen Age. Les cérémonies qui accompagnaient la mise hors de la société ne devaient pas être sans avoir une grosse influence psychologique sur le malade.

Les léproseries, écrit Giry (*Grande Encyclopédie*, article : *Lépreux*), furent des asiles plutôt que des hôpitaux ; sauf exception, les malades y furent parqués plutôt que soignés... L'Eglise institua des cérémonies pour séparer les lépreux du monde, et beaucoup de coutumes les considèrent comme

morts civilement. Tout individu suspect fut soumis à l'épreuve, dévoué presque partout à l'autorité ecclésiastique... Déclaré lépreux, le malheureux était condamné par sentence de l'officiel à la séquestration. Une effrayante cérémonie suivait la sentence... C'était, après une brève exhortation du prêtre à se montrer résigné à la volonté de Dieu, une messe funèbre ; à genoux, sous un drap mortuaire, le lépreux assistait vivant à ses obsèques, après lesquelles il était conduit processionnellement à la maladrerie qui devait être son dernier asile. Là, nouvelle cérémonie : agenouillé, le lépreux recevait sur la tête une pelletée de terre, en même temps que le prêtre lui déclarait qu'il était mort au monde. On lui donnait une robe de ladre, de couleur particulière, pour qu'on pût le distinguer à première vue, des sandales, une cliquette ou crécelle dont le bruit devait faire fuir ceux qui se trouvaient sur son chemin, des gants sans lesquels il lui était défendu de toucher à rien, un barillet, une écuelle de bois et une pannetière ; on lui lisait les prescriptions relatives aux lépreux : défense d'entrer dans une église, un couvent, un moulin, une taverne ; défense d'aller dans une foire ou dans un marché ; défense de sortir déchaussé et sans habit de ladre et sans faire entendre sa cliquette tous les cinq ou six pas ; défense de se laver ou de boire ailleurs qu'à son puits et avec son écuelle ; défense de toucher à quelque chose avant de l'avoir acheté ; défense d'acheter du vin autrement qu'en le faisant verser dans son barillet ; défense de parler à quelqu'un sans se mettre sous le vent ; défense de circuler dans les ruelles et les chemins étroits ; défense de boire et de manger en compagnie, sinon d'autres lépreux, et autrement qu'avec son écuelle.

(Cité par Mousson-Lanauze, in *Paris-Médical*, 17 janvier 1931. Prophylaxie de la lèpre en Périgord, au Moyen-Age.)

Note F. — De Beurmann et Gougerot citent à ce propos des exemples particulièrement suggestifs :

A l'asile des lépreux de Kemmindine, près Rangoon, en Birmanie méridionale, fondé par le Rév. Père Freynet, on nous présenta, disent-ils, une trentaine de femmes lépreuses, élégamment vêtues de soie de couleur claire, suivant l'habitude des femmes de Birmanie. Les lépreuses rassemblées nous chantèrent la *Marseillaise*, puis des chansons birmanes ; elles avaient l'air très gaies et ne manifestaient aucune intention de quitter l'asile, qui n'est du reste nullement clos. L'une d'elles, âgée d'une vingtaine d'années, parlant un peu le français, atteinte de lèpre nerveuse sans lésion de la face, mais dont les pieds étaient profondément mutilés, était fort contente de son sort : « Je suis la jolie lépreuse de Kemmindine », nous dit-elle. Cette phrase naïve en dit plus qu'une longue description sur son insouciance. Tous ces lépreux, nous racontent les pères missionnaires qui les soignent avec tant de dévouement, ne se plaignent nullement ; ils ne sont pas l'objet de « l'horreur publique » qui entourait nos lépreux du Moyen Age. Les lépreux libres trouvent à se marier même avec des conjoints sains, bien qu'en Birmanie, comme au Siam, la contagion de la lèpre soit de notion courante et que les médecins indigènes sachent « que l'on ne doit surtout pas manger avec un lépreux ». En un mot, les Birmans et les Chinois ne présentent à aucun degré l'état mental de quelques Européens ou Eurasiens réfugiés et traités au même asile.

A Mandalay, au St. John's Leper Asylum, nous avons retrouvé le même état d'indifférence de l'Asiatique lépreux. Nous sommes frappés par l'entrain et la gaité que manifeste un ancien sorcier converti par les missionnaires ; ce malheureux est atteint de cécité complète et de la plus effroyable lèpre mutilante que l'on puisse voir ; or, il passe son temps à chanter et à divertir ses compagnons d'infortune.

Par contre, ils connaissent plusieurs missionnaires qui n'ont pu échapper à la dépression anxieuse du lépreux européen, malgré le

courage avec lequel ils subissaient la maladie qu'ils étaient venus contracter presque volontairement.

On peut donc opposer, concluent-ils, l'état mental du lépreux asiatique et du lépreux européen, le premier reste normal, le deuxième est profondément atteint.

Note G. — Parmi les œuvres faites en faveur du lépreux, Culion représente probablement le plus bel effort de compréhension psychologique. Aussi croyons-nous utile de donner ici les principales caractéristiques de son organisation. Ces notes sont prises dans le livre de M. Burnet qui, l'année dernière, y fit un séjour avec les autres membres de la Conférence de la lèpre :

— Culion est une ville ; elle possède des bâtiments d'utilité publique parmi lesquels les hôpitaux et cliniques tiennent la plus grande place, des locaux commerciaux plus ou moins massifs, des maisons d'habitation collective et des maisons privées. On y trouve toutes les formes d'habitation, depuis la grande bâtisse en pierre jusqu'à la maisonnette légère en bambou et nipa du type malais....

— Le chef responsable est un médecin directeur.

En 1930, 5.400 lépreux. 60 0/0 vivent dans des sortes d'internats ou grandes habitations collectives, 40 0/0 dans les maisons privées. La majorité sont des pauvres ; pas plus de 5 0/0 de personnes de condition aisée.

Tous reçoivent la nourriture et le vêtement, deux fois par an, un trousseau de 5 ou 6 pièces. Les infirmes et ceux qui ne se donnent pas la peine ou n'ont pas les moyens de se faire leur cuisine, reçoivent des rations cuites ; les autres touchent leurs vivres et les cuisinent dans leur maisonnette ou par groupe dans les internats. Les lépreux font volontiers leur cuisine, c'est pour eux une distraction et un plaisir. Sont distribués chaque jour le poisson et les légumes ; une fois par semaine le riz. Le poisson est fourni par la Coopérative de pêche des lépreux et par les pêcheurs japonais de l'Archipel ; les légumes, par des agriculteurs et les maraîchers lépreux qui habitent des villages (de lépreux) plus ou moins éloignés, dans l'île, de l'agglomération principale.

L'administration achète le plus possible aux lépreux les produits de leur travail pour la subsistance de la colonie.

— La colonie s'administre comme une république. Tous les deux ans, les lépreux élisent 10 représentants (un pour chaque province des Philippines) qui se réunissent deux fois par mois sous la présidence du médecin-chef. Sont électeurs les hommes et les femmes de 18 à 60 ans.

— En justice, le médecin-chef est juge des petites causes, les grandes sont portées devant une cour régulière.

— Dans chaque Internat, l'ordre et l'administration des détails sont assurés par un chef élu.

— Lois sociales et lois médicales : chacun doit travailler selon ses forces. Le travail est une nécessité économique, c'est en même temps un traitement. Le travail pour la communauté est rétribué. Tous les métiers utiles sont exercés ; il y a des écoles professionnelles pour former les ouvriers : charpentiers, menuisiers, maçons, cordonniers, boulangers, pêcheurs et électriciens.

— Chacun peut s'établir marchand et gagner de l'argent. Il y a dans la colonie plus de cent boutiques, dont une chinoise. Plusieurs sont des Coopératives. Une société par actions fait la pêche en mer et fabrique la glace. Plusieurs commerçants sont assez aisés pour se promener en auto sur les 14 km. de route de Culion : la route a été construite par les lépreux.

— Les relations entre les sexes ne sont pas soumises à une réglementation absolue. Les premières années, les lépreux étaient libres de se marier. Pour

des raisons d'ordre médical, à partir de 1928, les médecins et les pasteurs se sont entendus pour déconseiller et même décourager les mariages.

— Chaque année arrivent quelques centaines de nouveaux lépreux ; on les classe selon la provenance géographique, l'âge, le sexe, la religion, la condition sociale, la gravité de la maladie et on les tient en observation avant de leur assigner leur place dans la léproserie. On observe non seulement leur lèpre, mais leur mentalité. On les fortifie au physique et au moral.

— L'enquête indique la religion. Il y a des Internats distincts pour les catholiques et les protestants.

— La vie sexuelle et la vie religieuse soulèvent dans les léproseries de délicats problèmes psychologiques auxquels les médecins sont très attentifs.

Il naît chaque année à Culion environ 70 enfants de lépreux, qui à la naissance ne sont pas lépreux. Les médecins voudraient les séparer tout de suite des parents, mais l'allaitement artificiel avec des mœurs encore primitives est trop meurtrier. On laisse les enfants aux parents 6 mois, puis on les place dans une nourricière (nursery) à Culion, à proximité et en dehors de l'enceinte de la léproserie. Ils y restent deux ans. Ceux qui pendant ces deux ans deviennent lépreux sont replacés avec les parents dans la léproserie où on les traite. Les autres, après deux ans, sont placés dans une colonie d'enfants et y sont suivis de près.

Jadis, lorsqu'on ne les séparait jamais, environ 50 0/0 étaient lépreux à l'âge de 12 ans. Dans le régime actuel (séparation à l'âge de 6 mois) 20 0/0 y sont traités dès l'apparition des premiers symptômes. Les enfants lépreux de Culion sont soignés avec plus de sollicitude encore que les adultes. Ils fréquentent l'école, ils sont organisés en boys-scouts et fire-camp girls. Ils ne sont confiés aux parents qu'après une enquête ; si l'enquête a établi que les parents sont en état de leur donner une bonne éducation physique et morale.

— Trois divertissements tiennent les lépreux occupés : le travail, le traitement et les fêtes. La T. S. F. rattache la léproserie au monde ; avec le gramophone, ils remplissent à leur volonté les instants de vide ; le cinéma, le concert, le théâtre sont des distractions quotidiennes.

— Les jeunes pratiquent le scoutisme. Les excursions, les pique-niques avec cuisine et repas aux champs, le camping ne sont pas des distractions de vacances, c'est la vie normale.

Le personnel médical de Culion comprend 19 médecins, 3 chimistes et 2 assistants pour l'anatomie pathologique. Les infirmiers sont choisis parmi les jeunes lépreux, les plus valides, et formés, à Culion même, dans une école spéciale. Il y a 22 infirmières diplômées et 10 sœurs de Charité (4 Françaises et 6 Philippines).

— Le traitement est pénible ; cependant on ne contraint pas les malades, on n'a pas établi le régime du traitement forcé. On s'efforce de les persuader, on exerce une pression morale à laquelle les malades sont plus tard heureux d'avoir cédé.

Après des mois de traitement, on examine le lépreux pour savoir s'il est devenu négatif. S'il est négatif pendant 6 mois, il peut être libéré sur parole, c'est-à-dire à condition de se présenter régulièrement aux examens tout en continuant le traitement. Il reste sur parole pendant deux années, qu'il peut, s'il veut, passer à la léproserie. Au bout de ces deux années, s'il est toujours négatif, il est obligatoirement libéré.

— De 1914 à juin 1929, ont été traités au total 8.520 lépreux dont 6.800 ont reçu un traitement d'une durée de 6 à 100 mois. Depuis 1914, 2.013 ont été libérés sur parole ou définitivement.

Vu le Doyen
BALTHAZARD

Vu le Professeur
GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Dans cette thèse, nous avons essayé d'étudier la lèpre sous un angle particulier : l'angle psychologique.

Ainsi envisagé, ce travail touche à de nombreux problèmes. Dans ces conditions, on comprendra que nous ne puissions donner une bibliographie exacte ; ses limites étant impossibles à fixer, elle serait à la fois trop étroite et trop vaste. Mais nous pensons utile d'indiquer les sources principales auxquelles peuvent se reporter ceux que la question intéresse.

- TRÉNEL. — *Caraath* (Lèpre Biblique). Le chapitre XIII du Lévitique et le Traité Negaiym.

in *Paris Médical* : n° 48 (29 novembre 1930) ; n° 49 (6 décembre 1930) ; n° 4 (24 janvier 1931) ; n° 14 (14 avril 1931) ; n° 20 (16 mai 1931) ; n° 36 (5 septembre 1931).
- BURNET Et. — *La lèpre*, Paris, 1932, Flammarion, édit.
- DE BEURMANN et GOUGEROT. — Les troubles mentaux dans la lèpre. L'état psychique habituel chez les lépreux (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1910, pp. 219-225).
- BURNET Lydia. — *La croix de Magellan*, Paris, 1932, Denoël et Steel, édit.
- III^e *Conférence Internationale de la Lèpre* (Strasbourg, 28-31 juillet 1923). Rapports et discussions, recueillis par le P^r Marchoux (Baillière, édit., Paris, 1924).
- *Documents de la Section d'Hygiène de la Société des Nations*.
- *Hygiène Sociale* (Numéro consacré à la lèpre), n° 70, 25 janvier 1932.
- *Traités classiques*.

- Revue « *Lepra* ». Bibliothecæ internationalis. Opera consociata virorum Ph. Abraham, V. Balès, edita a Edvard Ehlers, Leipzig, London et Paris.

(A la demande de nombreuses organisations, la Revue « *Lepra* », disparue depuis la guerre, va reparaitre prochainement sous une autre forme : *International Journal of Leprosy*, organe officiel de l'Association Int. de la Lèpre. Secr. gén. : Dr R. COCHRANE, London).

- *Rapports de la Conférence de Manille*. — Philippine Journal of Science, avril 1932 (on peut obtenir un tirage à part sur demande faite au Directeur du « Bureau of Science » à Manille).
-

TABLE DES MATIÈRES

ORIGINE DE QUELQUES CAS DE LÈPRE OBSERVÉS A PARIS	15
OBSERVATIONS	25
— Etude des observations	39
NOTE SUR LA PSYCHOLOGIE DU LÉPREUX	43
— Psychologie du lépreux	45
— Origines de la psychologie du lépreux	53
— Conséquences de cette psychologie	59
— Bases psychologiques de la prophylaxie et du traitement de la lèpre	65
CONCLUSIONS	73
APPENDICE	79
BIBLIOGRAPHIE	89
